

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

THÈSE

348

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME UNIVERSITAIRE)

PRÉSENTÉE PAR

RAMON-RAFAEL-E. COHEN

Né à Santo-Domingo (Républica Dominicana), le 19 Décembre 1900

Des Incisions du Col utérin pendant l'Accouchement

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1927

328

THESE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

ANNÉE 1927

THÈSE

N°.....

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME UNIVERSITAIRE)

PRÉSENTÉE PAR

RAMON-RAFAEL-E. COHEN

Né à Santo-Domingo (Républica Dominicana), le 19 Décembre 1900

Des Incisions du Col utérin pendant l'Accouchement

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1927

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNÉO.
Physiologie.	ROGER.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie organique et chimie générale.	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.	SICARD.
Pathologie chirurgicale.	LECÈNE.
Anatomie pathologique.	ROUSSY.
Histologie.	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	CARNOT.
Hygiène.	Léon BERNARD.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.	RATHERY.
	GILBERT.
Clinique médicale.	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAD.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Professeur sans chaire.	ROUVIERE.
	BRANCA.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale.	HOVELACQUE. . .	Anatomie.
AUBERTIN.	Pathologie médicale.	JOYEUX	Parasitologie.
BASSET.	Pathologie chirurgi- cale.	LABBÉ (Henri). .	Chimie biologique.
BAUDOUIN.	Pathologie médicale.	LARDENNOIS. . .	Pathologie chirurgi- cale.
BINET	Physiologie.	LEMAITRE. . . .	Oto-rhino-laryngolo- gie.
BLANCHETIÈRE.	Chimie biologique.	LÉVY-SOLAL. . . .	Obstétrique.
BRULÉ.	Pathologie médicale.	LHERMITTE. . . .	Pathologie mentale.
CADENAT.	Pathologie chirurgi- cale.	LIAN.	Pathologie médicale.
CHAMPY.	Histologie.	MATHIEU.	Pathologie chirurgi- cale.
CHIRAY.	Pathologie médicale.	METZGER.	Obstétrique.
CLERC.	Pathologie médicale.	MONDOR.	Pathologie chirurgi- cale.
DEBRÉ.	Hygiène.	MOURE.	Pathologie chirurgi- cale.
I. de JONG.	Anatomie pathologi- que.	MULON.	Histologie.
DUVOIR	Médecine légale.	PHILIBERT. . . .	Bactériologie.
ÉCALLE	Obstétrique.	RICHET Fils. . . .	Physiologie.
FIESSINGER	Pathologie médicale.	VAUDÉSCAL. . . .	Obstétrique.
FOIX.	Pathologie médicale.	VERNE.	Histologie.
GARNIER.	Pathologie expéri- mentale.	VELTER.	Ophtalmologie.
HARVIER.	Pathologie médicale.		
HEITZ-BOYER. . .	Urologie.		

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
GOUGEROT.	Pathologie médicale.	RETTERER.	Histologie.
GUÉNIOT.	Obstétrique.	TANON.	Pathologie médicale.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.	LÉRI.	Clinique médicale.
AUVRAY.	Clinique chirurgicale.	LÉPER.	Clinique médicale.
CHEVASSU. . . .	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT. . . .	Clinique chirurgicale
LAIGNEL-LAVASTINE. .	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
LE LORIER. . . .	Clinique obstétricale.	RIBIERRE	Clinique médicale.
LEREBoullet. .	Clinique médicale in- fantile.	SCHWARTZ . . .	Clinique chirurgicale.
		VILLARET. . . .	Clinique médicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé. . . .	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adul- tes.
FREY	
CHAILLEY-BERT	
LEDOUX-LEBARD	
	Stomatologie.
	Éducation physique.
	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Dont la grande sollicitude a écarté de nous tout souci ou chagrin. Qu'ils trouvent ici le témoignage de notre plus grande affection et la preuve de notre attachement.

•

A MA FAMILLE

A MES CAMARADES ET AMIS

A NOTRE MAÎTRE

M. LE PROFESSEUR COUVELAIRE

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE

A LA FACULTÉ DE PARIS

ACCOCHEUR DE BAUDELOCQUE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Dans le service duquel nous avons accompli notre stage et qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.
Qu'il veuille bien agréer l'hommage de notre respectueuse reconnaissance.*

A M. LE DOCTEUR L. DEVRAIGNE

ACCOUCHEUR DE LARIBOISIÈRE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Dont l'enseignement est notre principal gage de succès et dont la sollicitude a été pour nous le plus précieux encouragement dans l'élaboration de notre thèse ; qu'il veuille bien trouver ici l'hommage de toute notre reconnaissance pour la bienveillance dont il nous a entouré et pour la confiance dont il a bien voulu nous honorer au cours des deux années passées dans son service.

A M. LE DOCTEUR RUDAUX

PROFESSEUR EN CHEF A LA MATERNITÉ DE PARIS

*En reconnaissance de l'accueil que
nous avons trouvé dans son service
et des observations qu'il a bien vou-
lu nous confier.*

A M. LE DOCTEUR FREDET

CHIRURGIEN DE LA PITIÉ

*En remerciement des documents qu'il
nous a permis de publier.*

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ ET DES
HOPITAUX DE SANTO DOMINGO

M. LE DOCTEUR BAEZ.
M. LE DOCTEUR DE MARCHENA.
M. LE DOCTEUR GAUTIER.
M. LE DOCTEUR DEL POZO.
M. LE DOCTEUR DEFILLO.
M. LE DOCTEUR COISCOU.
M. LE DOCTEUR MANON.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE PARIS

M. LE PROFESSEUR COUVELAIRE.
M. LE PROFESSEUR SÉBILEAU.
M. LE PROFESSEUR LEGUEU.
M. LE PROFESSEUR DE LAPERSONNE.
M. LE PROFESSEUR CLAUDE.
M. LE PROFESSEUR JEANSELME.
M. LE DOCTEUR HUDELO.
M. LE DOCTEUR ENRIQUEZ.
M. LE DOCTEUR DUFOUR.
M. LE DOCTEUR LESAGE.
M. LE DOCTEUR DUJARIEZ.
M. LE DOCTEUR GARCIN.

Introduction

Au cours des deux années passées à l'hôpital Lariboisière, dans le service de notre maître M. le Dr Devraigné, qui nous a accordé sa confiance dont il nous a donné de nombreuses preuves, nous avons observé quelques cas d'accouchements difficiles, dans lesquels il était urgent de terminer rapidement l'extraction d'un enfant, dont la sortie était entravée par un défaut de dilatation du col, nous avons été frappés de la grande simplicité d'une méthode qui permet d'aller vite dans les cas où il y a tout intérêt à agir ainsi.

Les grandes incisions du col sont en effet une méthode qui présente de très nombreux avantages et peu d'inconvénients. Mais il est nécessaire pour qu'elles donnent de bons résultats qu'elles soient faites suivant des indications précises ; il faut, de plus, que le col et les culs-de-sacs vaginaux réalisent certaines conditions indispensables. Ces incisions doivent être conduites suivant une technique impeccable. Ce sont ces points surtout que nous nous sommes préoccupés de développer au cours de ce travail, en considérant qu'ils repré-

sentent la meilleure garantie du succès et qu'il est d'une importance secondaire de savoir si l'on doit faire les incisions suivant le diamètre vertical ou transversal du col utérin. Ces deux procédés ont chacun leurs partisans — nous exposons tour à tour les principaux arguments que ceux-ci font valoir.

En réalité, la technique reste sensiblement la même, et si elle est bien conduite, l'intervention faite dans un sens comme dans l'autre, doit donner les mêmes bons résultats avec un minimum de risques opératoires et post-opératoires.

Nous tenons à adresser, au début de ce travail, à notre maître, M. le D^r Devraigne, l'expression de notre plus respectueuse et plus sincère reconnaissance, pour la bonté avec laquelle il nous a assisté de ses conseils et pour la confiance qu'il a daigné nous accorder.

CHAPITRE I

Historique

L'Histoire des incisions du col remonte à la plus haute antiquité.

Déjà Hippocrate mentionne l'atrésie du col utérin comme un empêchement à l'accouchement : « os uteri connivens seu conclusum » et il pose, à ce propos, la première indication des incisions cervicales.

Aetius d'Amida, Albucosem décrivent des instruments propres à dilater d'une façon sanglante l'orifice utérin.

Amand, Ruysch, Morgagni considèrent l'atrésie cicatricielle comme étant seule l'indication de l'incision.

Portal, en 1666, fait mention de plusieurs cas dans lesquels il a pratiqué des incisions pour atrésie complète du col.

Andrea Lindermann passe, pour certains auteurs,

pour avoir été le premier à préconiser la dilatation sanglante du cervix.

Rœder, en 1793, reconnaît que certains accoucheurs ont pratiqué avec succès l'incision du col présentant de l'atrésie.

Baudelocque, en 1781, préconise les incisions dans les cas de rigidité du col utérin.

Dubosc, Lauverjeat, sont du même avis.

Coutouly, l'auteur de l'article « Hystérotomie » du Dictionnaire des Sciences médicales, cite, comme partisans de ce procédé, Gambion, Gautier, Jalouset. Il discute la théorie de Oslander qui voulait que l'on fit l'opération avant l'accouchement, afin de pouvoir faciliter celui-ci par des moyens mécaniques, le moment venu.

De Flamant avait construit un appareil pour faire les incisions. Nous relevons des opinions semblables de Seiler et de Rummel dans le « Siebold's Journal für Geburtshilfe », ainsi que de Morcati et de l'anglais Davis.

D'après Fries, Kilian est un des premiers auteurs à avoir posé les indications plus précises pour les incisions du col.

Samuel Ashwel était également un chaud partisan de cette méthode.

Des résultats favorables à la suite d'incisions cervicales lors d'atrésie complète furent publiées par Dubois, Baudelocque, Campbell, en France et Mickowitz, en Russie.

En Allemagne, Busch, Moser et Kiwich ont pratiqué également cette opération et l'ont recommandée. Hildebrand s'est prononcé énergiquement pour la dilatation sanglante dans les cas de danger mortel, surtout lors d'éclampsie que l'on rencontre le plus souvent chez les primipares. Cependant, ce procédé, qui ne consistait jusqu'alors qu'à faire des incisions superficielles, ne pouvait donner de bons résultats que dans les cas où il existait des douleurs assurant l'ouverture ultérieure de l'orifice utérin, et même dans ces cas, ne pouvait-on s'attendre à voir l'accouchement se terminer rapidement, puisque la dilatation du col utérin par les douleurs demande un certain temps, plusieurs heures en moyenne.

De plus, l'infection de la plaie opératoire créait un danger supplémentaire et il faut en arriver à l'époque où Lister, à la suite de ses immortels travaux, fonda l'antisepsie, pour voir disparaître le risque et permettre aux accoucheurs une plus grande sécurité dans les suites opératoires.

C'est à Dührssen que revient le mérite d'avoir montré que les incisions superficielles, seules pratiquées avant lui, sont à rejeter dans tous les cas où il y a lieu de terminer rapidement l'accouchement : (cf. Dührssen. Ueber den Werth der tiefen cervix und Scheidendammincisionen (De la valeur des incisions profondes du col de l'utérus et du périnée vaginal. *Archiv. für Gynäkologie*, XXXVII, Heft 1).

« Dans ces cas, dit-il, il faut, pour conserver la vie de l'enfant, supprimer toute résistance du côté de l'orifice utérin et pour cela y faire des incisions profondes *allant jusqu'à l'insertion du vagin*, au nombre de quatre, dont deux latérales, une antérieure et une autre postérieure. Tout autre moyen de terminer rapidement un accouchement avec conservation de la vie de l'enfant doit être rejeté, car les incisions profondes qui ne vont pas jusqu'à l'insertion du vagin, pas plus que les superficielles, n'assurent un élargissement complet de l'orifice utérin ».

Il cite deux cas observés à la Charité de Berlin et nous les reproduisons in extenso : ils montrent, d'après Dührssen, la valeur et la sécurité que comportent les incisions profondes.

1° Observation de Dührssen :

Primipare de 25 ans.

Grossesse normale. D'abord contractions fortes pendant 33 heures. Puis elles deviennent de plus en plus faibles et rares.

L'examen interne, le matin, révèle un périnée rigide très résistant, une entrée vaginale étroite, un orifice utérin un peu plus grand qu'une pièce de 5 francs avec un bord épais, large de 4 centimètres, inextensible.

La petite fontanelle était à droite et un peu en avant, la grande à gauche et en arrière, la suture sagittale suivant le diamètre oblique gauche.

Les contractions continuent à laisser à désirer et l'orifice utérin ne présente aucune tendance à se dilater. D'autre part, l'état de la parturiente devient plus sérieux (température à $38^{\circ}9$) et les bruits du cœur de l'enfant s'affaiblissent. En présence de cet état de choses, le Professeur Dührssen pratique à 3 heures de l'après-midi l'opération, en faisant les incisions de Siebold (quatre incisions) et en y ajoutant l'extraction au forceps : celle-ci est difficile et le dégagement de la tête impossible. On pratique alors une incision périnéo-vaginale du côté droit ; la tête peut alors être dégagée et l'on extrait un enfant pesant 3.800 grammes ; après avoir arrêté l'hémorragie interne qui s'était produite, on ferme la brèche périnéo-vaginale au catgut. Trois semaines plus tard, la parturiente quitte le service complètement guérie.

2° Observation de Dührssen.

Primipare âgée de 32 ans. Les contractions commencent le 18 mai, faibles, irrégulières, et d'un caractère convulsif. Le 20 mai, l'orifice utérin était un peu plus grand que cinq francs. Le 21, se produit un écoulement vaginal malodorant. Le 22, l'examen interne montre une entrée assez étroite, une dilatation du col utérin à 5 francs, à bords extrêmement résistants, épais d'environ 4 cm. A 10 heures, les bruits du cœur de l'enfant étaient devenus plus faibles, le pouls maternel était à 100, la température à $38^{\circ}5$. Le Professeur Dührssen arrive

à 4 heures de l'après-midi et constate que la tête avait sa plus grande périphérie dans le petit bassin. Ecoulement malodorant. Le Professeur Dührssen pratiqua quatre incisions, après désinfection du vagin, avec les ciseaux de Siebold. Hémorragie très minime. Application de forceps, incision périnéale longue de 1 cm., l'enfant fut ramené facilement. Pas d'hémorragie. Suture de la plaie périnéale.

Hirth (G. J.) (thèse de Berlin 1892) dit que dans 30 cas où les incisions du col furent pratiquées par Dührssen, il n'eut pas de mort à enregistrer et que seuls sont morts deux enfants, nés asphyxiés. Il ajoute que dans la plupart des cas l'hémorragie fut si minime qu'elle ne nécessita jamais de traitement spécial ; qu'enfin, les incisions du col sont exemptes de danger.

Il les préconise comme méthode de choix dans l'éclampsie.

L'exemple de Dührssen fut chaleureusement suivi en Allemagne et à l'étranger.

Cette opération rencontra au début, en France, très peu d'admirateurs, et M. Demelin pouvait écrire en 1898 que « les incisions à la Dührssen ne sont pas acclimatées dans notre pays ».

L'idée de Dührssen fut reprise en mai 1899 par Rocheblanc et Dumas ; en novembre 1899, par Potocki ; en septembre 1910, par Jeannin et Gari-puy, qui nous donnent trois observations d'incisions du col de l'utérus au Congrès de Toulouse.

La même année, Hauch publie une statistique de 72 cas et à la suite d'un certain nombre d'échecs, il ne se déclare pas partisan de cette méthode, préférant, dit-il, la dilatation instrumentale avec l'appareil de Bossi ou la dilatation à la Bonnaire.

En 1915, nous trouvons la thèse d'Enriquez inspirée par Potocki. En 1920, le beau mémoire de Cathala dans lequel il précise les indications des incisions antéro-postérieures du col, sans encourir aucun risque.

Dans la même année, nous trouvons l'article de Schwaab et la thèse qu'il a inspirée à son élève Scali. Nous nous sommes permis d'emprunter quelques observations à ce dernier travail.

En avril 1920, se place la discussion à la Société de Gynécologie et d'Obstétrique à propos de deux observations rapportées par MM. Lévy-Solal et Cleisz.

Il apparaît ainsi que cette méthode, d'abord peu appréciée et souvent même rejetée par les accoucheurs comme dangereuse, a recueilli, au fur et à mesure de son emploi, des suffrages de plus en plus nombreux. Cependant, nous croyons qu'elle est encore trop considérée comme une méthode d'exception. Nous sommes persuadés qu'elle tend à être de plus en plus appliquée. Nous allons voir, en effet, qu'elle représente un des plus avantageux procédés de dilatation extemporanée du col et que le champ de ses indications est fort étendu.

CHAPITRE II

Anatomie

Il nous a paru intéressant, dans une étude ayant pour but de définir les conditions et la technique des incisions du col de l'utérus, de rappeler quelques notions concernant l'anatomie du col utérin, en exposant l'anatomie normale et en relatant les changements qu'y apporte la grossesse et qu'il peut être utile de connaître avant d'intervenir sur un col d'utérus gravide.

I. ANATOMIE DU COL D'UN UTÉRUS NON GRAVIDE.

Nous passerons assez rapidement sur ces considérations anatomiques du col d'un utérus non gravide et nous insisterons de préférence sur quelques points particuliers des rapports, sur la vascularisation du col et sur les modifications apportées par la grossesse.

Le col de l'utérus représente toute la partie de l'utérus située au-dessous de l'isthme et s'étendant jusqu'à l'intérieur de la cavité vaginale.

Donc, en avant du rectum,

En arrière de la vessie,

Au-dessus du pubis,

Au-dessous de la masse intestinale.

Il ne suit pas la direction de l'utérus et fait avec lui, en position normale, un angle aigu ouvert en avant. De forme cylindro-conique, il présente deux faces antérieures avec une saillie médiane, et postérieure.

Un orifice, supérieur ou interne.

Un orifice inférieur ou externe : celui-ci est limité par deux lèvres antérieure et postérieure : cette dernière plus saillante habituellement.

La coloration varie du rose au violet, son volume est égal ou inférieur à celui du corps et sa longueur est de 3 cm.

La largeur diminue de haut en bas.

Son orifice externe se projette normalement à l'intersection de l'excavation pelvienne avec une ligne allant du quart supérieur de la symphyse à l'articulation sacro-coccygienne ; et un peu en arrière de cette ligne, à 3 cm. en avant de la pointe du sacrum. Un peu en avant également d'un plan frontal passant par les 2 épines sciatiques.

Il est maintenu en place par le paramètre ou gaine hypogastrique sur laquelle nous aurons l'occasion de revenir à propos des vaisseaux, par les mus-

cles vésico et rétro-utérins qui forment une partie des lames tendues entre le pubis et le sacrum, par les vaisseaux qui l'abordent, par ses connexions avec la vessie en avant et le rectum en arrière.

Par l'intermédiaire de l'utérus et plus accessoirement les ligaments larges et les ligaments utéro-lombaires peuvent servir à le soutenir.

Enfin, reposant sur le vagin, il est par son intermédiaire soutenu par le releveur de l'anus qui forme sangle.

Le col comprend 3 parties :

Sus-vaginale ;

Insertion sur le vagin ;

Vaginale.

1° *Portion sus-vaginale :*

Cette portion sus-vaginale est directement en rapport avec les espaces cellulux péri-cervicaux qui communiquent avec l'espace péri-rectal en arrière et péri-vésical en avant.

Sur cette portion se réfléchit le péritoine qui peut se décoller facilement et qui en est séparé par du tissu cellulaire lâche. En se réfléchissant, il forme deux culs-de-sac vésico-utérins peu profonds en avant.

Recto-utérin ou cul-de-sac de Douglas en arrière, beaucoup plus profond et cloisonnant l'excavation pelvienne en deux étages, supérieur et inférieur.

Sur les parties latérales, les deux feuillets se re-

joignent et constituent le ligament large dont la base formée de tissu cellulaire qui est en contact direct avec le col contient l'artère utérine présentant sa crosse et donnant à ce niveau des branches comme nous le verrons plus tard ;

Des veines surtout postérieures à l'artère,

L'artère vaginale longue, postérieure,

L'uretère qui croise la face postérieure de l'utérine au niveau de sa crosse ;

Des plexus lymphatiques ;

Des nerfs, dont le gros ganglion de Lee et Frankenhauser.

Nous voyons ainsi que cette région est riche en organes et en pédicules vasculo-nerveux.

En avant, nous trouvons les petits muscles lisses vésico-utérins qui sont une dépendance de la grande gaine, en arrière, le rectum et les ligaments utéro-sacrés. Cette portion du col est séparée du rectum par toute l'épaisseur du cul-de-sac de Douglas.

Dans la 2^e portion, le col est au niveau du vagin et s'y insère.

La direction de l'insertion est oblique en bas et en avant, formant une bande d'une épaisseur de 4 à 5 mm. Il y a une véritable intercommunication des fibres : les fibres longitudinales du vagin se continuent avec celles du stratum vasculaire du col. Les fibres musculaires se prolongent dans le col.

La muqueuse vaginale tapisse les bords latéraux du col.

Dans sa 3^e portion, enfin :

Le col est dans le vagin, c'est le museau de tanche ;

La lèvre antérieure est épaissie, élargie transversalement ;

La lèvre postérieure est haute de 7 à 8 mm.

La lèvre antérieure est en rapport avec le cul-de-sac antérieur du vagin peu profond et par son intermédiaire et à travers une couche de tissu cellulaire lâche avec la base de la vessie qui présente à ce niveau le trigone de Lieutaud formé par les 2 orifices urétéraux et par l'orifice urétral. Les deux uretères cheminent en effet pendant quelques millimètres entre vessie et vagin avant de pénétrer dans la paroi vésicale.

De chaque côté du col se trouvent les culs-de-sac latéraux du vagin.

En arrière, enfin, se trouve le cul-de-sac postérieur du vagin, séparé du rectum par la terminaison du cul-de-sac de Douglas et par du tissu cellulaire lâche. Mais les connexions sont assez intimes pour permettre à une collection siégeant dans le cul-de-sac postérieur de s'ouvrir dans le rectum.

Au point de vue histologique, la musculature et la texture du col non gravide sont moins épaisses que celles du corps.

Il y aurait des fibres circulaires pour la couche moyenne des fibres longitudinales pour la couche externe et interne.

La couche musculaire forme au niveau des lèvres le sphincter externe du col.

Elle ne représente pas, comme au niveau du corps un fort stratum vasculaire : elle est moins compacte et elle est traversée par des éléments élastiques et conjonctifs lui donnant sa consistance particulière. Il y aurait, pour certains auteurs, une forte participation des éléments musculaires du vagin.

Enfin le canal cervical présente une striation transversale connue sous le nom d'arbre de vie. Dans l'accolement, ces arbres de vie ne se superposent pas.

Les striations postérieures sont à droite de la ligne médiane et se dirigent en haut et à gauche.

Les striations antérieures sont d'abord à gauche puis remontent en haut et à droite — il y a simple juxtaposition des nervures.

Ces dispositions anatomiques et histologiques sont modifiées *du fait de l'état de gestation*.

Le col ne subit qu'une très légère hypertrophie passant de 30 millimètres à 40 ou 45 millimètres.

Il se ramollit, bien que présentant encore une certaine consistance chez la primipare.

Il prend la forme d'un fuseau et son orifice externe prend la forme d'une ouverture plus ou moins ronde à bords lisses et réguliers. Quand à l'orifice interne, il reste fermé jusqu'au moment du travail.

Le col s'élève progressivement et se dirige en arrière et un peu à gauche. Se plaçant plus ou moins

haut ; l'orifice externe, se plaçant vers le sacrum, ce qui explique la difficulté d'aborder sa lèvre postérieure.

Quant aux modifications de la structure elles ne sont que de peu d'importance.

Il n'y a qu'un léger degré d'hypertrophie des fibres musculaires.

La couche externe contient des fibres qui se portent en bas, des bords de l'utérus vers la ligne médiane où elles s'entrecroisent avec celles du côté opposé. Sur les bords du col, elles se contournent en passant d'une face à l'autre, les plus superficielles se continuent dans les replis vésico et recto-utérins — ainsi que dans le vagin. La couche musculaire externe ne descend guère au-dessous des insertions vaginales et le museau de tanche est presque exclusivement formé par la couche externe.

La couche moyenne ne présente que des faisceaux circulaires. Enfin la couche interne est peu hypertrophiée. Elle présente des fibres musculaires constituant sous la muqueuse l'arbre de vie dont nous avons étudié la constitution plus haut.

Les fibres élastiques se voient surtout à la périphérie dans la portion vaginale dans le septum utéro-vésical et dans le tissu cellulaire péri-cervical.

Les 2 réseaux superficiels sous-épithélial et profond péri-vasculaire s'hypertrophient et échangent entre eux de nombreuses anastomoses.

La tunique muqueuse s'épaissit et se vascularise — devient grisâtre — son épithélium s'hypertro-

phie. Elle ne devient pas caduque, mais il se produit des sécrétions gélatineuses intenses qui adhèrent au bouchon muqueux ; celui-ci qui occupe la cavité cervicale tombe au début du travail.

Mais les modifications les plus importantes se passent au niveau de la portion sus-vaginale du col, qui avoisine le segment inférieur.

En effet, sur la coupe d'un utérus après l'expulsion, on constate deux parties séparées par l'anneau de contraction ou de Bandl.

Au-dessus, le corps, à parois épaisses réticulées, au-dessous, le col, zone mince, flasque jusqu'à l'orifice externe. Cette zone inférieure comprend elle-même deux régions distinctes :

L'une le canal cervical ;

L'autre sus-jacente immédiatement.

Qui, distendue comme le corps avant l'accouchement, ne se rétracte pas comme lui. Elle a une apparence flasque. Il semble que cette portion appartienne au corps de l'utérus. Néanmoins, étant donnée qu'à la suite d'une intervention sur le col, le segment inférieur peut être intéressé, il convient de l'étudier plus particulièrement.

La forme est celle d'une calotte renversée dont la concavité est dirigée en haut et qui donne attache par sa convexité au col.

La limite supérieure est à 7 ou 8 cm. de l'orifice interne et à 11 cm. de l'orifice externe du col.

Cette limite supérieure est marquée par :

1° La différence d'épaisseur du muscle utérin qui s'amincit de haut en bas ;

2° Une grosse veine cheminant dans son épaisseur et bien visible sur les deux faces ;

3° La limite de solide attache du péritoine au-dessous de laquelle la séreuse n'adhère plus que lâchement à l'utérus, se laissant facilement décoller.

4° L'anneau de contraction de Bandl, dont nous avons déjà parlé, qui dans certains cas, formant limite entre la zone très contractile de l'utérus et la zone peu ou pas contractile du segment inférieur peut devenir une cause grave de dystocie, au-dessous de cet anneau qui disparaît rapidement après l'accouchement, le segment inférieur dans les heures qui suivent la fin du travail pend flasque ; c'est le canal de Braune (segment inférieur et col).

En effet, ce segment inférieur possède une musculature très faible, la couche moyenne faisant défaut. La paroi mesure 2 mm. d'épaisseur.

Il nous reste maintenant à étudier la vascularisation du col utérin qui revêt dans la question des incisions du col une certaine importance.

Le col utérin reçoit ses vaisseaux de l'artère utérine. Celle-ci très flexueuse, passant devant l'uretère, détache dans cette portion transversale, des rameaux pour le bas-fond vésical et pour le vagin par la grosse artère cervico-vaginale qui naît en dedans du croisement, pelotonnée, flexueuse, rameuse allant au dôme vaginal et au col utérin. En se rapprochant

de l'utérus, elle modifie sa direction et tend à devenir verticale. C'est au niveau de cette nouvelle courbe, que longeant le col à distance elle lui envoie les rameaux qui lui sont destinés.

Ils sont longs, naissant loin de l'utérus. De plus, comme ceux du vagin ils naissent par paires, composés de 2 rameaux l'un antérieur, l'autre postérieur, de sorte que, comme le dit Farabeuf, il en faut théoriquement quatre, une paire de chaque côté, pour une même rondelle de l'organe. Ils naissent à plusieurs centimètres du bord de l'organe et sont flexueux. Il en découle une conséquence importante : « En effet, dit Farabeuf, si l'on introduit dans le col un dilatateur à deux branches, après avoir fait de chaque côté, une incision sans profondeur, amorces de déchirures longitudinales latérales, les branches du dilatateur placées dans les incisions s'écarteront jusqu'à toucher à peu près les parois de l'excavation en complétant les déchirures — elles sépareront les rameaux extra-cervicaux antérieurs des postérieurs sans en rompre un seul, car la longueur de ces vaisseaux se prête à cette dilatation instantanée ».

On a vu des déchirures longitudinales profondes du col sans hémorragies. Ces déchirures étaient latérales. Elles avaient rompu le col, le vagin et leurs capillaires, puis s'étaient prolongées dans l'intervalle des rameaux antérieurs et des rameaux postérieurs, où le doigt explorateur promenait toute la longueur de sa phalange unguéale. Cela ne saigne

pas, continue Farabeuf, mais cela absorbe bien, si les liquides vaginaux deviennent septiques, la fièvre éveille l'attention des accoucheurs qui, vu l'absence d'hémorragie notable, n'avaient pu soupçonner une déchirure.

Les vaisseaux du col, ainsi que le dit Farabeuf, se donnent la main d'un côté à l'autre, formant une virole ou couche spéciale presque superficielle, autour de ce gros tube dont la paroi musculaire épaisse d'environ 10 mm. paraît exsangue, parce qu'elle n'a que des rameaux capillaires.

Au-dessous des vaisseaux ainsi rassemblés, il y a la couche très vasculaire d'épaisseur variable de 5 à 20 décimillimètres, qui se continue en partie sur le vagin.

On peut donc, par le vagin, cerner le col et le creuser, faire l'amputation conoïde des 45° de sa masse sans hémorragie, en incisant circulairement tout le tissu cellulaire, à l'intérieur de la couche vasculaire, dont les éléments antérieurs et postérieurs s'anastomosent d'un côté à l'autre en demi-cercles nombreux.

Le premier rameau cervical descend dans le museau : il est assez gros, long, dans sa partie cachée, intramusculaire, et finit longitudinal descendant — car outre l'étagé qu'il pénètre il doit alimenter toute la portion libre, sous-vaginale, du col et des lèvres ; le plus souvent il donne l'azygos vaginale.

Ensuite on compte deux rameaux par centimètre, soit six rameaux pour le col. Ces rameaux se multi-

plient et s'unissent entre eux dans leur couche spéciale les uns longs cheminant un certain temps à la surface, les autres profonds d'emblée. Ils envoient alors des ramuscules centrifuges et centripètes qui se capillarisent, les premiers dans les couches péri-vasculaires, les autres plus nombreux dans la masse sous-vasculaire du col et dans la muqueuse. Quant aux veines, elles naissent le long des artères qu'elles accompagnent par des racines transversales, obliques et longues, disposées sur 2 plans.

Les veines précervicales, prévaginales et vésicales postérieures forment un plan antérieur qui, peu important, passe avec l'artère utérine devant l'uretère. Les veines rétro-cervicales et rétro-vaginales forment un plan postérieur, toujours très important qui passe en arrière de l'uretère. Comme les rameaux artériels, les rameaux veineux des deux plans restent distincts jusqu'à plusieurs cm. des bords du col et du vagin. Ils s'anastomosent d'un côté à l'autre. Le tout se rend aux plexus hypogastriques.

Ces vaisseaux subissent quelques modifications du fait de l'état de grossesse : les artères augmentent de volume et de longueur, restant flexueuses mais le pelotonnement disparaît, il ne reste que les spirales. Des troncs partent des branches plus volumineuses que les troncs eux-mêmes.

Le système veineux se développe d'une façon extraordinaire principalement dans la portion de la couche musculaire moyenne.

Les lymphatiques du col utérin naissent dans la muqueuse et dans les autres tuniques. Ils s'anastomosent largement de l'une à l'autre. Dans la muqueuse ils prennent origine par des lacunes et des espaces le long des gaines péri-vasculaires et périglandulaires.

Dans la musculuse, il y a de vrais canaux formant un riche réseau d'autant plus développé que l'on se rapproche de la périphérie.

Dans le périmétrium enfin, il y a de riches réseaux sous-endothéliaux prolongés sous les ligaments larges, en formant de gros troncs sous le péritoine, surtout à la paroi postérieure.

Les troncs émergent des bords latéraux du col au nombre de trois dans sa portion vaginale, accompagnant les vaisseaux dans leur gaine.

De là, les lymphatiques du col se répartissent en 3 pédicules :

1° Iliaque externe qui passe le long de l'uretère et va au groupe iliaque externe.

2° Iliaque interne, qui passe en arrière de l'uretère et va au groupe hypogastrique près de l'origine de l'utérine.

3° Latéral — qui chemine dans l'épaisseur des lames sacro-recto-génito-pubiennes et va au groupe sacré et aux lymphatiques du promontoire.

Les lymphatiques augmentent considérablement durant la gestation, et atteignent le volume d'une plume d'oie, présentant des renflements en forme

d'ampoules — les vaisseaux lymphatiques sont très nombreux.

Les *nerfs* du col utérin proviennent pour une part du plexus formé par les 3^e et 4^e paires sacrées le long du col utérin dans sa partie sus-vaginale avec le gros ganglion de Lee et Frankenhauser, et pour une autre part du sympathique, par des filets indépendants provenant du plexus lombo-aortique, du plexus hypogastrique et du plexus de l'hémorroïdale moyenne.

Les nerfs subissent également une hypertrophie considérable au cours de la grossesse.

Le ganglion cervical augmente jusqu'à acquérir presque 5 cm. de haut sur 3 cm. 1/2 de large. Le plexus utéro-vaginal affecte à la fin de la grossesse des rapports très étroits avec la partie postéro-latérale du col. Enfin, les plexus nerveux intra-utérins subissent également une hypertrophie jusqu'à former de larges bandes au-dessous de la séreuse.

Néanmoins la sensibilité du col reste peu développée, quoique la distension de l'orifice cervical amène une douleur assez vive.

Nous devons à l'amabilité de M. le D^r Fredet, qui les a mis gracieusement à notre disposition, de pouvoir insérer à la fin de ce chapitre quelques fort belles planches parues dans sa thèse (Recherches sur les artères de l'utérus) et qui ont été obtenues par radiographies d'injections opaques de vaisseaux de l'utérus. Elles montrent parfaitement la disposition des vaisseaux de l'organe.

Nous sommes heureux de pouvoir lui adresser ici nos très sincères remerciements et l'hommage de notre plus respectueuse reconnaissance.



PLANCHE I

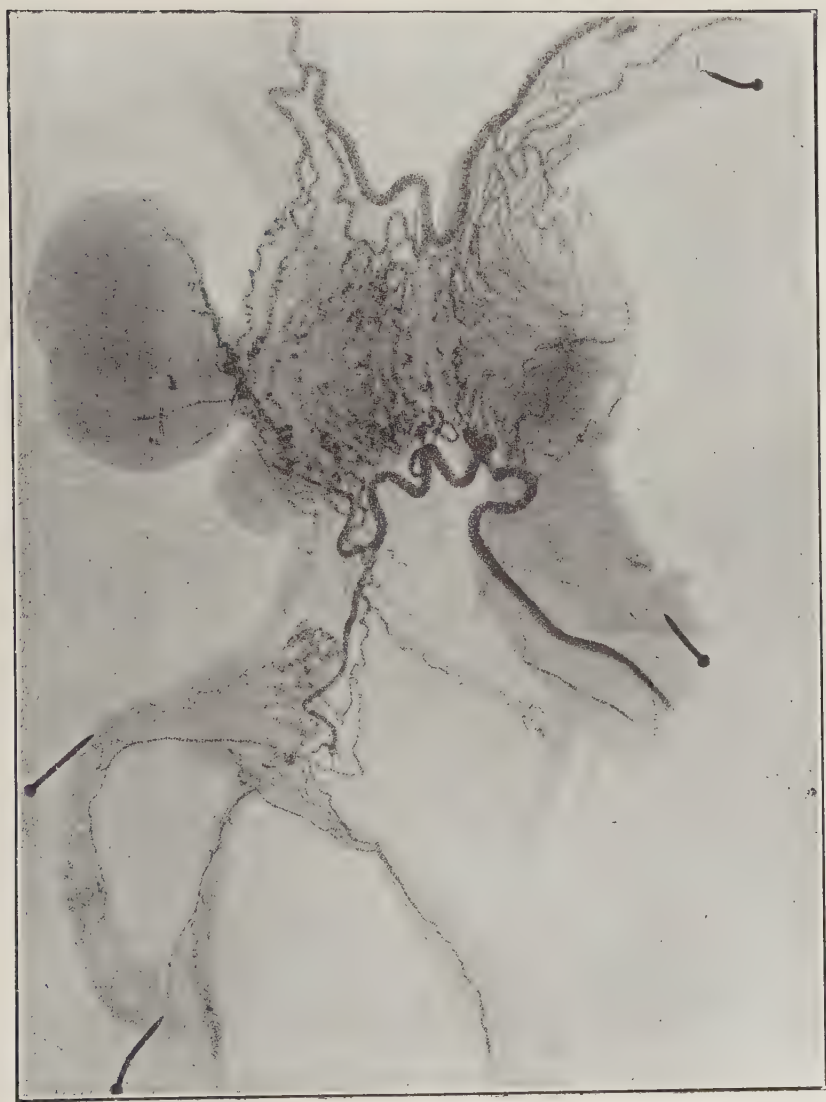


PLANCHE II



PLANCHE III



PLANCHE IV

CHAPITRE III

Différentes Méthodes de Dilatation du Col au cours du travail et leurs inconvénients respectifs

Dans la dilatation artificielle du col utérin, l'accoucheur s'efforce de substituer à un orifice insuffisant, pour laisser passer la tête fœtale, une ouverture qui permette son libre passage sans compromettre la vie de la mère pas plus que celle de l'enfant.

L'indication principale de cette méthode réside dans ce fait que l'on se trouve dans l'obligation de terminer rapidement un accouchement par suite d'une souffrance maternelle ou fœtale.

C'est à cette préoccupation primordiale qu'ont obéi les accoucheurs en imaginant un certain nombre de procédés ayant tous en vue ce même principe.

On peut les ranger en procédés non sanglants et sanglants.

La *première catégorie* comprend la dilatation au moyen de *ballons*, ballons de Champetier de Ribes, de Boissard ou de Tarnier. Sans parler des anciens ballons de Baumes ou de Barnes, qui ne sont plus en usage en France actuellement.

Mais ces ballons ne peuvent être employés que dans des cas spéciaux et leur application n'est pas sans difficulté ou sans inconvénients.

Ils sont fragiles et se conservent très difficilement longtemps en bon état. Les grands ballons de Champetier de Ribes déplacent la présentation et peuvent être la cause de procidences. De plus, il n'est pas rare d'être obligé de terminer ces accouchements par une version. Or, une version pratiquée dans ces conditions n'est pas chose facile, car les contractions provoquées par la mise en place d'un ballon amènent souvent un certain degré de contracture ou tout au moins de rétraction. Il se produit en effet dans ce cas des zones de contracture, et l'on conçoit que celles-ci rendent difficile ou même impossible la manœuvre de la version.

Enfin, s'il y a infection amniotique, au moment de la dilatation, le ballon forme bouchon et l'utérus est transformé en cavité close. On conçoit qu'alors puisse s'axacerber la virulence de cette infection, parfois à anaérobies, avec toutes les graves complications qu'elle comporte aussi bien pour la mère que pour l'enfant.

Boissard avait essayé d'obvier à quelques-uns des inconvénients du grand ballon de Champetier de

Ribes, en construisant un ballon, portant un dispositif spécial ayant pour but d'excaver la face supérieure du ballon — cette particularité aurait l'avantage de ne pas déplacer la présentation, sans cependant causer de procidences. C'est pour cette raison, que certains auteurs préfèrent ce ballon au modèle de Champetier de Ribes. Mais, malgré tout, le ballon de Boissard présente les inconvénients généraux de tous les autres ballons.

En effet, le point sur lequel nous nous permettons d'insister tout particulièrement et que nous considérons comme le principal inconvénient de la méthode des ballons est la lenteur de leur action — celle-ci qui, exceptionnellement, peut être de quelques minutes, se prolonge souvent pendant plusieurs heures. Or, nous savons, que lorsqu'il s'agit de terminer artificiellement un accouchement, ce n'est pas par heure qu'il faut compter, mais par minutes.

Un autre procédé non sanglant est la *dilatation bimanuelle à la Bonnaire*, ainsi que la *dilatation unimanuelle*.

Ce peut être une méthode dangereuse.

Il est possible que cette méthode, encore qu'elle soit toujours pénible, pour l'accoucheur qui la pratique, donne assez facilement un résultat satisfaisant dans le cas d'une multipare dont le col, déjà ouvert, se laisse dilater à peu près complètement assez rapidement.

Mais il en est tout différemment lorsqu'il s'agit

d'une primipare. Elle peut alors présenter un véritable danger.

En effet, on doit toujours craindre qu'une dilatation correspondant à une grande paume de main, obtenue de cette façon, s'accompagne de délabrement des tissus cervicaux, avec déchirures pouvant s'étendre au segment inférieur. Ces déchirures sont d'autant plus à redouter qu'il faut, dans ces cas, à peu près toujours terminer l'accouchement par une version ou une application de forceps, alors que la dilatation est encore incomplète. On conçoit donc le danger auquel, malgré toutes les précautions, l'on reste exposé.

On peut encore produire la dilatation au moyen d'*instruments* : on a construit en effet quelques types de dilatateurs, dont ceux de Bosch, de Gobert et de Bossi. Ce dernier, le seul usité actuellement, permet d'arriver assez facilement à une dilatation d'une petite paume. Mais alors on éprouve une certaine résistance et si l'on a l'imprudence d'insister et de passer outre, on risque de créer une déchirure du col. C'est qu'en effet, malgré l'ingéniosité du principe mécanique de ce dilatateur, il n'est possible de dilater le col complètement qu'après l'avoir rompu, à moins d'avoir à faire à un col exceptionnellement souple.

La *deuxième catégorie*, comprenant les *procédés sanglants*, est représentée par les *différentes incisions du col*. Celles-ci peuvent être :

Soit des incisions *superficielles* et multiples ;

Soit des incisions *profondes* et en petit nombre : deux.

Les incisions *superficielles et multiples*, incisions en croix de Saint-André, ou incisions dont le nombre et la situation ne sont pas définis présentent de multiples inconvénients.

D'abord, il ne convient pas de les pratiquer en cas d'urgence.

En effet, elles ne dilatent le col que *lentement*. Nous rapportons, à l'appui de cette assertion, un certain nombre d'observations du service de notre maître, M. le Docteur Devraigne, dans lesquelles on pratiqua des incisions superficielles du col en croix de Saint-André. Ces incisions étaient indiquées du fait d'une lenteur de la dilatation sans souffrance fœtale. Or, elles ont toutes été suivies d'accouchement par application de forceps dans un délai de trois à quatre heures après les incisions.

De plus, elles entraînent parfois la *nécrose* du col, par défaut de nutrition des multiples lambeaux ainsi créés. Une partie du col sphacélé s'élimine : il en résulte des hémorragies secondaires et des cicatrices vicieuses entraînant des dystocies lors d'accouchements ultérieurs.

Quant aux différentes *opérations césariennes*, elles diffèrent et par leur principe et par leurs indications du procédé que nous avons en vue.

Au contraire des césariennes abdominales, les incisions du col doivent pouvoir être faites par n'importe qui et n'importe où. Quant à la césarienne va-

ginale, contrairement à l'opinion de Dührssen, elle ne peut être considérée comme une intervention de petite chirurgie, et il faut plutôt la regarder comme une véritable opération demandant, pour être bien faite, les mêmes conditions que les autres césariennes.

On se trouve parfois en présence d'une femme en travail depuis longtemps, dont on n'a pas suivi la dernière période de la grossesse, et dont on ne connaît aucun antécédent. Aux examens répétés et dénués de toute asepsie, à la rupture de la poche des eaux, s'ajoute souvent un état de sub-infection comme en témoignent ces observations, où l'on relevait des températures de 38°, 39° et même 40°, au moment où l'indication d'intervenir se posait. On comprend que dans ces conditions, il serait téméraire de tenter une césarienne, même bien conduite, et que si on le peut, et si les circonstances s'y prêtent, il vaut mieux pratiquer des incisions du col pour lesquelles ces phénomènes ne peuvent être une contre-indication ; tout au moins, en est-il ainsi pour les césariennes classiques corporéales que nous écartons de prime abord et qui donnent 10 à 15 % de mortalité post-opératoire (Brindeau-Routh) dans les cas impurs).

Il est vrai que ces cas dits impurs pourraient bénéficier de la méthode de la césarienne basse supra-symphysaire, rétro-vésicale, préconisée en France par Schiskélé et Brindeau. Ce procédé présente en effet dans ces cas de gros avantages : la mortalité, dans ces cas impurs, s'abaisse en effet à 2 ou 3 %.

En dehors des cas de bassins rétrécis que nous ne pouvons discuter parce que de toutes façons, et quel que soit l'état de dilatation du col, ainsi que nous le disions plus haut, l'enfant ne peut sortir par cette voie ; il existe quelques cas particuliers où l'on peut avoir à choisir entre les deux procédés : césarienne basse ou incision du col.

En effet, il peut arriver que l'on ait à faire à un bassin limités (entre 8,9 et 9 ou 9,2), comme dans les observations VIII, IX, XI, XIII, XXI, XXV, XXVIII, XXXI.

Dans ces cas, certains auteurs préconisent la césarienne d'emblée, à jour fixé d'avance, ou aux premières annonces du travail. Mais, dans ces cas, outre que l'on soumet la femme à une intervention chirurgicale qui comporte toujours quelques risques, on met au jour un enfant né avant terme.

Pour obvier à ces inconvénients, d'autres auteurs pensent qu'il vaut mieux laisser s'engager le travail, et que parfois, dans ces cas de bassin limite, on peut avoir l'heureuse surprise d'assister à un accouchement normal ou tout au moins facile à terminer, ils pensent en outre que si cette heureuse éventualité ne se présente pas, et même si le cas est devenu impur, ils ont la ressource de pratiquer une césarienne basse. C'est dans quelques-uns de ces cas que les incisions du col peuvent rendre de réels services : elles évitent la césarienne, et permettent, par la dilatation rapide qu'elles créent, de terminer pour le mieux un accouchement qui, sans elle,

n'avait aucune tendance à aboutir à une dilatation suffisante. Aussi les partisans de ces méthodes pensent-ils y trouver de grands avantages, puisqu'ils interviennent sur une femme véritablement en travail, ce qui leur permet de mettre au jour un enfant à coup sûr bien constitué, parce qu'il est né à terme.

D'autre part, ils ont souvent pu éviter, grâce aux incisions du col, les risques d'une césarienne basse, risques inutiles à courir, étant donné parfois qu'il s'agit soit d'un enfant qui peut passer, soit d'un enfant très compromis.

Tous les auteurs auxquels nous avons emprunté un certain nombre d'observations du col montrent qu'ils ont opéré sur la constatation d'une souffrance fœtale et que les accouchements se sont terminés toujours par les voies naturelles, avec une majorité de succès pour la vie de la mère et de l'enfant.

Quant à la césarienne vaginale, c'est la seule intervention qui pourrait vraiment entrer en compétition avec les incisions du col, les indications pouvant en effet être semblables pour ces deux méthodes. Mais il faut retenir, ainsi que nous l'avons dit plus haut, que la césarienne vaginale est une intervention beaucoup plus difficile, c'est une véritable opération chirurgicale. Cependant, elle peut présenter des indications précises qui en commandent l'exécution : en effet, quand les culs-de-sac ne sont pas assez profonds, quand l'on constatera que la circonférence maxima de la tête fœtale ne peut passer sans distendre dangereusement l'insertion vaginale

du col, il vaudra mieux alors ne pas avoir recours aux incisions du col, mais décoller la vessie pour sectionner l'utérus au-dessus de l'insertion vaginale et pratiquer ainsi l'opération de la césarienne vaginale.

Enfin, l'emploi d'ocytociques, par exemple l'hypophyse, n'est pas à recommander, pour terminer rapidement un accouchement, quand l'utérus est contracturé avec œdème du col, ainsi que dans le cas de souffrance du fœtus.

CHAPITRE IV

Indications

Les grandes incisions profondes du col ne doivent être faites que dans des *cas bien déterminés*. Il faut donc, avant de s'y résoudre, avoir des *indications précises*. En effet, la plupart des accidents constatés à la suite de cette intervention ont été causés par le manque d'indications ou par de fausses indications. Il convient aussi de remarquer que parfois les incisions sont pratiquées parce que l'accoucheur, devant un travail qui se prolonge anormalement perd patience et désire le terminer rapidement coûte que coûte, poussé d'ailleurs bien souvent aussi par la femme ou par son entourage.

Ces incisions, qui permettent d'extraire un enfant dont l'existence se trouvait menacée, soit du fait de la longueur du travail, soit par suite d'un début d'infection amniotique, peuvent rendre de grands et réels services, mais il convient de n'en pas abuser

et de ne les appliquer que dans les cas où vraiment elles peuvent être utiles, ainsi qu'en témoignent un certain nombre des observations que nous rapportons.

En vérité, ces indications sont multiples et la nécessité de pratiquer les incisions du col peut découler de faits relevant de l'état de la mère, qui se trouve en péril, ou de la souffrance du fœtus. Dans une troisième catégorie, enfin, nous envisagerons les cas qui relèvent de l'état local de l'utérus ou du col utérin lui-même.

Dans la *première catégorie (souffrance maternelle)*, nous rangerons d'abord *l'éclampsie* : certains auteurs pensent, en effet, que l'état de mal éclamptique pose une indication formelle : celle de terminer au plus tôt un accouchement dont le travail met en danger mortel l'enfant à coup sûr, la mère bien souvent. Or, nous savons que les incisions du col constituent un des moyens les plus rapides, les plus sûrs et les plus faciles à appliquer, pour finir un accouchement dont la durée constitue une menace. Notre maître, M. Devraigne, pense que dans ces cas, le fœtus constitue un témoin. Or, quand l'enfant présente des signes de souffrance véritable et profonde (altérations des battements du cœur, précipités, irréguliers, lents, soufflants, perte du méconium, mouvements convulsifs). On peut considérer le cas comme un pronostic grave, et il vaudrait mieux ne pas faire courir à la mère le risque d'une intervention, si minime soit-elle, pour

extraire un enfant dont le sort immédiat et lointain est extrêmement compromis. De plus, l'accouchement se produit presque toujours dans ces cas spontanément et d'une façon très rapide.

Par contre, si, au cours des accès d'éclampsie, le fœtus ne présente aucun signe de souffrance, le pronostic est meilleur et sous l'influence du traitement, la grossesse peut reprendre par la suite son cours normal jusqu'au terme. Nous croyons donc pouvoir préconiser, dans l'éclampsie, suivant ce que pense notre maître, le traitement purement médical (V. observ. n° XVI).

Les accidents gravido-cardiaques représentent un autre trouble d'un pronostic non moins grave pour la mère et pour l'enfant. Dans ces cas, tous deux courent un danger extrême, si l'on ne termine pas au plus vite l'accouchement ; nous retiendrons donc cette éventualité comme l'une de celles où les incisions profondes du col peuvent être pratiquées avec le plus grand profit. (V. obs. n°s XX et XXVI).

La tuberculose pulmonaire d'un pronostic moins immédiatement grave peut cependant, dans certains cas de grande fatigue maternelle, nécessiter la conduite d'un accouchement très rapidement terminé. On sait, en effet, que celui-ci donne un coup de fouet à l'évolution de la tuberculose et il convient, dans certains cas, pour éviter un désastre immédiat, de réduire au minimum le temps du travail que ces malades épuisées ne supporteraient pas, s'il devait se prolonger quelque peu.

Les maladies infectieuses et, en particulier la *grippe* peuvent également prendre rang parmi les causes entraînant ces mêmes indications. C'est la grippe, en effet, qui semble de toutes les maladies infectieuses, la plus grave chez la femme enceinte près du terme.

Pellissier (Pellissier. Arch. d'Obst. et de Gynécologie, janv. 1919) rapporte, sur 20 cas observés à la clinique Tarnier, 5 décès après l'accouchement, soit 25 % et une aggravation notable dans 12 cas.

Petersen (Arch. d'Obstétrique et de Gynécologie, n° 1, 1920) prétend que dans le cas de broncho-pneumonie grippale, il n'y a pas lieu d'intervenir pendant la période de la dilatation. Elle serait, en général, assez bien supportée par les malades, mais il n'en serait plus de même pour la période d'expulsion : celle-ci serait en effet la plus dangereuse et si elle tarde quelque peu à se terminer, il faudrait intervenir le plus rapidement possible sous anesthésie générale.

Selon l'avis de Scali (thèse de Paris, 1920), plus est grave l'état de la mère, plus est formellement posée l'indication de finir l'accouchement par les moyens les plus rapides, de façon à soulager la mère et à sauver l'enfant. Nous empruntons deux observations à cette thèse (Scali, loc. cit.) dans lesquelles l'état de la mère était très grave, avec un début de travail.

Dans un des cas, il y eut, après évacuation de l'utérus, une légère amélioration, qui ne fut d'ail-

leurs qu'une rémission, la malade profondément intoxiquée, étant morte deux jours après. Dans l'autre cas, la mort survint le jour même, la mère étant déjà agonisante au moment de l'intervention. C'est dire combien ces cas sont graves et combien il faut, sans attendre, prendre toutes décisions pour pratiquer l'expulsion la plus rapide possible (observ. n^{os} XIX-XVIII).

Dans la *deuxième catégorie (souffrance fœtale)*, un des accidents les plus fréquents et qui nécessitent une dilatation et une extraction rapides est la *proci-dence non réductible du cordon*. Nous pouvons même dire que cette indication est une des meilleures pour pratiquer l'incision du col. Nous la retrouvons fréquemment signalée au cours des observations que nous citons. Son intérêt est évident et nous croyons ne pas avoir besoin d'insister pour en faire comprendre toute l'importance.

Nous savons en effet que le pronostic est d'autant plus sombre (30 à 60 % de mortalité fœtale) que le travail est moins avancé. Dans ces cas, en effet, il ne sera pas possible d'appliquer un des procédés usuels, rétropulsion du cordon, version, abaissement d'un pied, application de forceps. Le pronostic est donc doublement grave : seules les grandes incisions qui donnent un jour immédiat peuvent, dans ces cas, transformer le pronostic et permettre d'arriver encore à temps (on compte que la situation critique ne peut se prolonger plus de 10 minutes sans entraîner la mort du fœtus par asphyxie).

Nous signalons également le cas du décollement d'un placenta normalement inséré dans lequel il convient de terminer au plus vite l'accouchement. Surtout dans l'intérêt de l'enfant. Nous rapportons à ce sujet une observation de Schwaab qui s'est terminée avec succès aussi bien pour la mère que pour l'enfant (V. ob. n° XVII).

Il nous reste maintenant à étudier les indications de la *troisième catégorie*, les plus nombreuses d'ailleurs, celles dans lesquelles il convient de pratiquer les incisions profondes du col, pour obvier à un manque complet de dilatation ou à un arrêt de la dilatation commencée.

Le *défaut complet de dilatation*, c'est-à-dire la *non dilatation* est due, le plus souvent, à la *rigidité du col*.

Cette rigidité peut être anatomique ou pathologique. Quant à la rigidité spasmodique niée par certains auteurs, elle relève d'autres indications.

La rigidité *anatomique* s'observe surtout chez les primipares âgées. Nous remarquons, en effet, que dans les observations que nous rapportons, il s'agissait presque toujours de primipares (80 % environ) et que sur 30 femmes 12 avaient de 25 à 30 ans, et 12 au-dessus de 30 ans. Cette rigidité (rigidité par infiltration de certains auteurs) (Couvelaire-Wallich), existerait également chez les multipares qui auraient une infection atténuée du col. Mais alors, cette variété rentre dans la catégorie des rigidités pathologiques, à rapprocher de la rigidité cicatri-

cielle et de la rigidité syphilitique (nous rapportons à ce sujet une observation de la Maternité de Port-Royal, V. obs. n° XXXV).

La rigidité *pathologique*, celle qui nécessite le plus souvent l'incision du col, qui ne se dilate pas, est presque toujours cicatricielle : souvent elle est survenue à la suite d'applications inconsidérées de caustiques (néo-filhos) ; elles amènent parfois, en effet, un rétrécissement, une atrésie du col de l'utérus qui ne permettra jamais la dilatation du travail. D'autres fois, il se produit des cicatrices défectueuses et rétractiles, à la suite de déchirures du col, survenues accidentellement au cours d'accouchements antérieurs.

Cette rigidité pathologique peut être encore secondaire à une infection de l'œuf. Dans ces cas, en effet, il n'est pas rare de noter un certain degré d'œdème du col. Celui-ci, infiltré, bientôt induré, ne se laissera dilater que très difficilement et lentement. Il s'agit alors presque toujours de femmes présentant par ailleurs des signes infectieux avec température élevée ($38^{\circ}5$, 39° et même $39^{\circ}5$) au moment où l'on intervient.

Nous relevons, en effet, un certain nombre d'observations, dans lesquelles (en mettant à part celles où l'on fut contraint d'intervenir pour un accident immédiat) le travail s'était prolongé un certain nombre d'heures (entre 20 et 126 h.) (Ecalte cite un cas où l'on dut intervenir après un travail prolongé pendant 98 heures).

Dans ces cas, outre que le fœtus présente une altération des bruits du cœur, indiquant chez lui un état de souffrance, la mère présente le plus souvent un état d'infection et de grande fatigue par suite de la prolongation d'une dilatation qui s'est arrêtée aux environs d'une dimension d'une pièce de cinq francs et nous relevons de nombreux cas, dans lesquels on fut appelé à intervenir dans ces conditions. Mais la rigidité du col n'est pas la seule cause de la non-dilatation de ce dernier. En effet, nous constatons que dans beaucoup des observations que nous rapportons à la fin de ce travail, l'on fut conduit à intervenir pour non-dilatation du col, chez des femmes présentant un léger *rétrécissement du bassin*. Bassins insuffisamment rétrécis pour empêcher la tête de passer, mais tout de même bassins touchés dont le diamètre promonto-sous-pubien mesure entre 9 cm. et 9 cm. 5.

Enfin nous insisterons également dans les indications des incisions profondes du col, pour défaut de dilatation *sur les présentations postérieures et transverses* surtout dans le cas de têtes mal fléchies ou même complètement défléchies. Cathala cite sur 14 observations, 5 présentations postérieures, dont une en M. I. D. P., une antérieure et trois transversales, dont une en M. I. D. T. et une en M. I. G. T. Nous rapportons également une observation en M. I. D. P. (V. obs. n° XV) et une autre en M. I. G. T. (V. obs. n° XXVIII).

Dans un autre groupe de cas pour lesquels les in-

cisions du col sont fréquemment indiquées, il s'agit de cols qui ont commencé à se dilater, puis dont la dilatation s'est arrêtée et n'a plus aucune tendance à progresser.

Comme cause prédisposante, nous retiendrons d'abord la primiparité qui pose fréquemment une indication à intervenir.

Il s'agit souvent en effet de *primipares* âgées de plus de 30 ans, dont les tissus sont résistants (obs. III, IV, IX, X, XI, XIV, XVII, XXVI, XXXII). Chez ces parturientes, les membranes se sont rompues prématurément, soit avant tout début de travail, soit précocement au commencement du travail, alors que la dilatation était entre 2 et 5 fr.

Il faut alors inciser le col, pour permettre à la dilatation de se faire suffisamment pour extraire l'enfant. Dans d'autres cas, l'enfant est déjà passé en partie, lorsque soudain la progression cesse, une rétraction du col avec contracture se produit qui enserre et empêche de passer la dernière partie. Il s'agit, dans ces cas, d'enfants se présentant par le *siège*.

Nous rapportons en effet une observation du service de M. Devraigne, dans laquelle, après avoir extrait l'enfant, et alors qu'il ne restait plus que la tête dans l'utérus, on remarqua soudain une rétraction du col utérin autour du cou de l'enfant rendant subitement impossible toute continuation de la manœuvre de l'extraction. On pratiqua alors une incision antérieure du col et l'on arriva ainsi assez fa-

cilement à extraire l'enfant — alors que sans l'incision libératrice et en continuant une manœuvre qui serait devenue forcément brutale, on eût à coup sûr provoqué une rupture utérine. On conçoit de quel secours peut être, dans ces cas, l'incision du col utérin.

Malheureusement, dans le cas que nous rapportons, la femme présentait déjà, lors de son admission à la Maternité, un état assez grave d'infection puerpérale, état qui empira rapidement et entraîna la mort en quelques jours. Peut-être, d'ailleurs, cet état d'infection ne fut-il pas sans influencer sur la brusque contracture qui se produisit.

Ecalte cite deux cas, où il fut également obligé d'intervenir au cours d'extraction d'enfants se présentant par le siège.

Dans le premier, il s'agissait d'une procidence du cordon très accusée (40 cm. de cordon dans le vagin) ; avec un placenta inséré bas et une insertion en raquette du cordon sur le placenta. Il y avait souffrance fœtale. On fit une extraction pas le siège, mais le col était insuffisamment dilaté pour le passage de la tête. On dut alors pratiquer une incision sur la lèvre antérieure du col. A partir de ce moment, l'extraction fut rapide et l'on mit au jour un enfant qui put être ranimé.

L'autre cas qu'il rapporte également est identique au premier avec succès également complet pour la mère et pour l'enfant.

CHAPITRE V

Contre-Indications

A ces indications précises et dont le nombre est important peuvent s'opposer quelques contre-indications en présence desquelles il convient de s'abstenir de pratiquer les incisions du col.

D'abord le *placenta prævia* ; dans cette complication en effet, le segment inférieur est presque toujours mal formé : car le placenta inséré bas l'empêche de se dilater, en venant faire une sorte d'agrafe sur lui. L'incision risquerait alors d'être faite dans la partie la plus vasculaire de l'utérus, c'est-à-dire dans celle qui donne insertion au placenta.

De plus, l'hémorragie qui se produit toujours dans le cas de placenta prævia est due non seulement au décollement anticipé du placenta, mais encore à de véritables petites fissures qui saignent et dont la cause est due à la friabilité du segment inférieur, et l'on conçoit que si dans ces cas, on prati-

que des incisions sur un col aussi friable, on court le risque grave de voir ces incisions se prolonger vers le segment inférieur avec une recrudescence dramatique de l'hémorragie. Il conviendra plutôt, dans ce cas, de pratiquer avec grande prudence la dilatation bi-manuelle par la méthode de Bonnaire et de terminer l'accouchement par une version rapide.

Une autre contre-indication aux incisions du col de l'utérus réside dans la dystocie due à un *cancer du col* de l'utérus. On ne peut, en effet, inciser un tissu atteint d'infiltration néoplasique et il convient en cette occurrence d'avoir recours à la césarienne suivie d'hystérectomie totale élargie à la Wertheim, préconisée en France par M. le professeur J.-L. Faure.

CHAPITRE VI

Conditions requises pour pratiquer les Incisions du Col

Il ne suffit pas d'avoir posé les indications opératoires, pour se trouver en mesure d'inciser un col de l'utérus dont la dilatation s'effectue mal. Il faut encore que le col utérin réalise certaines conditions sans lesquelles il ne saurait être question de pratiquer cette intervention. Si l'on n'en tenait aucun compte, on risquerait de s'exposer à une des complications qui feront l'objet d'un prochain chapitre.

Il convient d'abord de tenir compte du *degré de dilatation* du col.

Potocki, dans une discussion de la Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Paris (1899, page 229), pense que pour opérer sans risques de voir les incisions s'agrandir au-delà des limites permises, il faut que le col soit effacé et que le diamètre minimum de la dilatation soit de 2 centimètres.

M. le professeur Couvelaire (Introduction à la Chirurgie utérine obstétricale, 1913, p. 171) précise que la dilatation de deux centimètres doit s'accompagner d'une souplesse et d'une élasticité assez grandes du col, si l'on ne veut pas courir le risque de voir les incisions s'étendre trop loin. Il propose de porter à 4 cm. le degré préalable de la dilatation, en se basant sur le bourrelet cervical qui mesure à ce stade une largeur de 2 à 3 cm. sur les parties latérales, ce qui permet, dit-il, le passage d'une tête fœtale d'un diamètre de 9 cm.

Cathala (*Rev. de Gynécologie et d'Obstétrique*, n° 2, 1920, p. 115) pense que le degré, plus ou moins grand de la dilatation n'a aucune importance : il y a des cas, dit-il, dans lesquels l'on peut opérer, avec un col simplement effacé, sans risques d'extension des incisions du segment inférieur ; dans d'autres circonstances, au contraire, malgré une dilatation très avancée, on a les plus grandes chances de voir l'extension des incisions se produire.

D'après Jeannin et Garipuy (*L'Obstétrique*, 3^e année, nov. 1910, p. 948) les incisions du col sont indiquées quand la présentation fœtale déjà descendue dans l'excavation, appuie fortement sur le col et que l'index placé dans les culs-de-sacs vaginaux, dépasse ou simplement atteint la circonférence la plus volumineuse de la présentation fœtale : tête le plus souvent ; celle-ci est alors prête à franchir ou parfois a déjà franchi la zone d'insertion vaginale du col.

D'autre part, Cathala pense que pour pratiquer sans danger les grandes incisions du col, il faut que la circonférence la plus grande de la présentation ait passé ou puisse passer sans distendre la *circonférence d'insertion vaginale du col*. En effet, si la circonférence maxima de la présentation était inférieure aux dimensions de la circonférence d'insertion vaginale du col, on risquerait, dit-il, de voir les incisions s'étendre au segment inférieur. Dans ce cas, en effet, la tête fœtale ne pourra passer qu'en agrandissant les incisions et en provoquant en même temps des déchirures dangereuses pour les vaisseaux et pour les organes voisins qui risqueraient d'être blessés.

Mais le point délicat est de savoir si la grande circonférence fœtale a traversé la zone d'insertion vaginale du col, si elle peut le faire sans danger de déchirure et pour cela, il fallait trouver un moyen pour le contrôler.



FIGURE I

C'est dans ce but que Cathala a construit un schéma que nous reproduisons ci-contre (V. fig. 1).

Dans ce schéma, il représente une tête fléchie sectionnée selon le diamètre bi-pariétal. Il pense, en effet, que, pratiquement, on ne verra pas la propagation des incisions du col du segment inférieur quand la grande circonférence d'insertion du vagin permet le passage du diamètre sous-occipito-fragmatique ou du diamètre bi-pariétal, tous deux ayant les mêmes dimensions.

Les contours de la tête sont représentés par un trait plein, le col par un trait en pointillé. Les chiffres donnent les dimensions en centimètres.

Le diamètre bipariétal est sur le schéma de 9 cm. 5. Si l'on mesure sur une tête fœtale à terme, dont le diamètre a cette dimension, l'arc qui réunit les deux bosses pariétales en passant par le vertex, et ceci seulement quand la tête est en flexion, on trouve que cet arc mesure 16 cm. en moyenne. Le dôme formé par le col utérin appliqué sur la tête fœtale devra alors avoir une courbe telle que la distance entre les deux culs-de-sacs vaginaux, soit de 16 cm.

Dans ces conditions, on peut alors penser que le diamètre bi-pariétal passera sans distendre la zone d'insertion vaginale du col.

La hauteur du col de chaque côté de l'orifice sera alors de 8 cm. s'il n'y a pas de dilatation, mais elle serait beaucoup moins importante s'il y a déjà un certain degré de dilatation. Dans la pratique, en réalité, on peut compter sur une certaine élasticité

des tissus, et sur une légère réduction de la tête fœtale. Il n'est plus, alors, aussi nécessaire que les bosses pariétales aient franchi la zone d'insertion vaginale.

La courbe du dôme cervical est de 16 cm. quand le vagin s'insère en XX', de 14 cm. en YY', et de 12 cm. en ZZ'.

En ZZ' il existe déjà environ 1 cm. de différence entre le bi-pariétal et la circonférence cervico-vaginale, d'où le risque de voir se prolonger les incisions du segment inférieur lors du passage de la tête fœtale.

Il en résulte donc que si la courbe du dôme qui unit les culs-de-sacs opposés du vagin en passant par la partie la plus saillante de la présentation fœtale, mesure moins de 12 cm. il faut s'abstenir de pratiquer les incisions du col. On voit, d'après ce schéma, qu'un col simplement effacé, non dilaté, avec des culs-de-sacs vaginaux en XX' peut être sectionné sans aucun risque d'extension des incisions. Par contre, un col, avec une dilatation de 6 cm., ne peut être sectionné que si les culs-de-sacs vaginaux sont en ZZ' ; il faut alors que le col mesure de chaque côté au moins 2 cm. 1/2 de hauteur (Ecalte cite un cas où il a opéré avec une dilatation punctiforme).

En résumé, les recherches de Cathala ont eu pour but de montrer qu'il ne faut pas se fier, pour inciser le col de l'utérus, à son degré de dilatation, mais à la plus ou moins grande profondeur des culs-de-sacs vaginaux. En clinique, on peut la mesurer avec une

assez grande approximation. Dans son travail, Cathala cite 13 observations, dans lesquelles, en se basant sur ses constatations, il a pu pratiquer des incisions du col sans avoir jamais vu d'extension se produire.

Dans les cas où la tête fœtale ne peut passer sans distendre l'insertion vaginale, il vaut mieux, pour éviter des accidents, ne pas pratiquer d'incisions et recourir alors à la césarienne vaginale (Cathala).

CHAPITRE VII

Technique

Nous avons déjà dit dans l'historique de ce travail, que la méthode des incisions du col de l'utérus est passée par des phases successives. On pratiqua d'abord des incisions petites et multiples. Actuellement tous les auteurs sont d'accord pour les bannir ; on leur reproche, en effet, de provoquer la nécrose du col de l'utérus par suite du défaut de circulation qu'elles engendrent.

C'est Dührssen, le premier qui pratiqua les grandes incisions profondes. Il en faisait quatre et même six sur tout le pourtour du col, secondairement à une colpopérinéotomie uni ou bilatérale, celle-ci ayant pour but de rendre le col plus accessible surtout au niveau de la lèvre postérieure.

Skusch et Martin proposèrent également six incisions.

Hauch (*L'Obstétrique*, 3^e année, n^o 10, nov. 1910, p. 910) est d'avis de pratiquer deux ou trois inci-

sions et il conseille d'en ajouter une ou deux autres si elles ne suffisent pas, pour permettre l'application de forceps, secondaire aux incisions.

Aujourd'hui tous les auteurs français sont d'accord pour ne pratiquer que *deux incisions*, voire même une seule, mais où ils diffèrent, c'est sur le siège de ces incisions, les uns préférant les pratiquer *dans le diamètre antéro-postérieur*, les autres *dans le diamètre transversal* du col à droite et à gauche. Ces incisions latérales sont préférées par Jeannin, Garipuy, Potocki, Enriquez, Lévy-Solal, Schwaab, Scali, Couvelaire et Bouffe de St-Blaise.

Cathala a été le promoteur des incisions antéro-postérieures et il a été suivi dans cette voie, par Bar, Brindeau et J.-L. Faure.

TECHNIQUE PROPREMENT DITE. — Les incisions du col sont habituellement considérées comme une petite intervention chirurgicale pour laquelle il est utile de s'entourer de certaines précautions, de posséder quelques instruments choisis, et parfois de pratiquer l'anesthésie générale.

Des différents modes d'anesthésie que l'on peut pratiquer au cours d'une intervention chez une parturiente, nous éliminerons la *rachi-anesthésie* : en effet cette dernière provoque une section physiologique de la moelle : elle perd alors son pouvoir inhibiteur sur les contractions utérines qui sont du domaine du sympathique. Il se produit donc immédiatement un renforcement des contractions : celles-

ci survenant dans un organe déjà relativement contracturé, peuvent amener à un plus ou moins grand degré, la rétraction utérine. On constate, en effet, dans ces cas, au cours d'une version par manœuvres internes, que l'utérus est beaucoup plus dur et reste plus longtemps dur qu'habituellement, après la rachianesthésie. Ces accidents immédiats doivent faire rejeter ce mode d'anesthésie dont l'importance est disproportionnée avec la simplicité des interventions qu'il s'agit d'accomplir, d'autant plus que les suites de la rachianesthésie ne sont pas toujours simples. Il arrive que l'on constate dans les jours qui suivent un certain degré d'excitation méningée, céphalée, quelquefois violente, vomissements, incontinence ou rétention d'urines, phénomènes paralytiques, paralysies oculaires, diplopie parfois éternelle.

MM. Devraigne et Laënnec ont présenté récemment à la Société d'Obstétrique et Gynécologie, un cas de quadriplegie impressionnant qui a duré quelques jours.

L'anesthésie locale est également à rejeter : on opère en effet presque toujours sur un col, en état de subinfection, et plus ou moins œdématié ; ce qui constitue une contre-indication suffisante à cette anesthésie.

L'anesthésie à l'éther, présente de nombreux avantages : innocuité toxique de l'anesthésique, et rareté des accidents immédiats. Mais outre qu'il n'est pas rare de constater des accidents pulmonai-

res tardifs, cette anesthésie ne peut se donner à des petites doses pour obtenir l'insensibilité. Il faudrait avoir recours à l'anesthésie complète.

C'est donc au *chloroforme* qu'iront toutes nos préférences : non pas à l'anesthésie chloroformique totale comme pour une intervention chirurgicale de longue durée ; il ne faut pas oublier que l'incision du col est une opération rapide, d'urgence, qui doit être faite en quelques minutes et pour laquelle il n'est pas nécessaire d'obtenir un sommeil profond. Nous donnerons donc le chloroforme à la *reine* ; c'est-à-dire l'anesthésie à la compresse à très petites doses : quelques bouffées de chloroforme pour entretenir l'analgésie qui permettra de pratiquer les incisions ; l'anesthésie doit être de peu de durée, étant donné que l'intervention est toujours rapide. Aussi quelques bouffées de chloroforme suffisent-elles habituellement, ainsi que nous le disions plus haut, pour produire une analgésie suffisante et qui ne saurait causer d'accidents immédiats ou tardifs. Nous pourrions donc agir ici comme pour un accouchement normal, dans lequel nous donnons quelques gouttes de chloroforme au moment où se produit la contraction utérine, en cessant immédiatement avant la disparition de cette contraction. On observe, en effet, dans ces cas, que la femme, sans avoir été réellement endormie, n'a ressenti aucune douleur ou que tout au moins elle était très atténuée. N'oublions pas, d'ailleurs, que le col de l'utérus n'est jamais très sensible et que, lorsqu'on est

pressé, les incisions du col peuvent très bien être faites sans aucune espèce d'anesthésie, quitte à donner quelques gouttes de chloroforme si l'on est obligé de faire intervenir une application de forceps.

INSTRUMENTS. — Les instruments qui doivent servir à cette petite intervention sont peu nombreux ; les accoucheurs, pour éviter les échappées dangereuses, ont construit quelques instruments qui permettent d'inciser avec sécurité, sans danger de prolonger trop loin l'incision. C'est ainsi que l'on a imaginé différents modèles d'hystérotomies, de bistouris boutonnés et de ciseaux de formes et de noms variés.

A l'heure actuelle, ces instruments ne sont plus guère utilisés. Dans le cas d'extrême urgence, une *paire de ciseaux peut suffire*, la suture pouvant être faite secondairement, s'il y a lieu. En pratique, on devra se munir des instruments suivants :

- Une paire de ciseaux droits à manche long ;
- Une paire de longs ciseaux courbes ;
- Une longue pince à disséquer à greffes ;
- Deux pinces de Museux ;
- Une pince à pansements utérins ;
- Une forte aiguille courbe (Doyen).
- Deux valves plates et larges ;
- Du catgut n° 2 ;
- Des crins de Florence.

Sans oublier le forceps qui sera presque toujours nécessaire pour terminer rapidement l'accouchement.

La vulve et le vagin sont désinfectés.

On met en place les valves qui dégagent le champ opératoire. Il n'est pas nécessaire, ainsi que le pense la majorité des auteurs allemands, de recourir à la section préalable du périnée. En effet, bien que la grande majorité des femmes opérées soient des primipares, cette technique est absolument inutile malgré ce qu'en disent les auteurs allemands.

Il suffit de savoir bien exposer le col par la pose correcte des deux valves : une valve est placée dans le cul-de-sac antérieur, valve qui refoule la vessie et qui permet de voir clairement la ligne d'insertion vaginale sur le col. Si la valve a été bien placée, l'abaissement du col est presque toujours inutile, car cette valve suffit à exposer assez largement le champ opératoire.

Il ne faut pas oublier que l'on ne se trouve pas en présence d'une intervention telle que la césarienne basse, ni dans les conditions dans lesquelles on la pratique. Dans ce cas, en effet, l'incision doit remonter très haut, au-dessus de l'insertion du vagin, jusqu'au segment supérieur et pour rendre plus accessible cette région profonde, il est nécessaire d'exercer des tractions sur le col. Mais dans le cas d'incision simple, cette pratique n'est pas utile et du moment que la région est bien exposée, l'incision se fera facilement.

Certains auteurs placent des pinces de Museux sur le col, de façon à l'abaisser et à rendre la section plus facile. Mais ces pinces, étant donné l'état de friabilité

fréquent du col, risquent de le déchirer et de provoquer des dégâts inutiles. De plus on risque de tirer sur les insertions vaginales du col, de les abaisser trop, et de les intéresser dans les incisions, aussi mieux vaudrait-il s'en passer, ou si cela est impossible poser une seule pince de Museux à mors épais et nombreux sur laquelle on n'exercera qu'une traction très douce et très prudente.

On introduit la main gauche dans le vagin et tandis qu'un aide attire le col en avant et en bas en servant de la pince qui vient d'être placée, l'index et le médus gauches sont insinués dans le col ; on les écarte légèrement l'un de l'autre, une fois introduits ; ils tendent ainsi la paroi cervicale ; une branche de ciseaux droits est glissée entre les deux doigts, l'autre branche restant dehors.

On pratique alors l'incision du col jusqu'à son insertion vaginale ; la section doit s'arrêter à un *millimètre de la muqueuse du vagin*, sans que l'on puisse donner de longueur fixe à cette incision, cela dépend en effet de l'état d'effacement plus ou moins grand du col. Les incisions sont faites suivant les auteurs dans le sens antéro-postérieur ou dans le sens latéral ainsi que nous le disions plus haut. Lorsque l'on pratique les *incisions latérales*, les deux doigts intra-cervicaux sont placés l'un en avant l'autre en arrière, et il suffit de donner un coup de ciseaux à gauche, un coup de ciseaux à droite jusqu'au cul-de-sac correspondant, exclusivement.

Lorsque l'on pratique les incisions *antéro-postérieures*, l'incision antérieure se fait en général facilement ; l'opérateur, comme nous l'avons vu faire plusieurs fois, à M. Devraigne, opérant même sans valves et sans anesthésie, peut saisir la paroi du col entre l'index et le médius de la main gauche, le premier dans le cul-de-sac antérieur ; le second entre le col et la tête fœtale. Ainsi est évitée à peu près certainement une blessure possible, bien que rare de la tête fœtale avec la lame intra-cervicale de l'instrument.

La section du col en arrière présente plus de difficultés et c'est même une des raisons pour laquelle certains auteurs étrangers avaient préconisé la section préalable du périnée. En effet, souvent cette incision postérieure est faite à tâtons. On se sert des doigts de la main gauche comme guides, l'index placé entre la tête et le col, le médius dans le cul-de-sac postérieur, mais quand la tête est profondément engagée, les doigts sont serrés entre celle-ci et la concavité du sacrum et le risque de blesser la partie fœtale est grand ; il faut alors faire progresser les ciseaux très lentement en se guidant avec les doigts de la main gauche ; cette introduction est parfois difficile car la compression par la tête fœtale peut être très grande. On pratiquera dans ces conditions, l'incision postérieure avec les plus grandes précautions : les ciseaux courbes facilitent beaucoup l'opération dans ce cas et nous les recommandons comme étant le moyen le plus sûr de surmonter cette

petite difficulté. Au moment de l'incision, il se produit habituellement un suintement sanguin assez abondant issu du col sectionné. Il ne faut pas y prendre garde et il convient de terminer rapidement l'accouchement ; ce sera le meilleur traitement de cette légère hémorragie. Mais, nous le répétons à dessein, une simple paire de ciseaux droits peut suffire et l'anesthésie n'est pas nécessaire.

Après s'être assuré que les incisions sont suffisantes et qu'elles arrivent au voisinage de l'insertion vaginale sans l'atteindre et à plus forte raison sans la dépasser, l'opérateur extrait l'enfant quelquefois par une version, le plus souvent par une application de forceps.

Cette application de forceps, semblable dans l'ensemble aux autres, a cependant besoin d'être entourée de quelques précautions spéciales ; tout d'abord il faut éviter que les lambeaux du col sectionné ne soient pincés entre la tête fœtale et le forceps.

Comme le prouvent les observations, le plus souvent la tête fœtale se trouve placée en position transverse ou en oblique postérieure ; il sera donc nécessaire de lui faire subir une rotation pour ramener l'occiput en position antérieure ; mais avant d'effectuer cette rotation, il faut d'abord bien fléchir cette tête de façon à réduire au maximum ses diamètres, au moment de son passage au niveau des insertions vaginales du col.

Si dans un forceps normal il faut employer la plus grande douceur pour effectuer une rotation

maxima de façon à ramener une tête en position pubienne, ici il faut redoubler de précautions et employer le maximum de prudence, de façon à ne pas s'exposer à entraîner les lèvres de section du col dans ce mouvement de rotation ce qui pourrait produire des déchirures au delà des incisions.

Il faut enfin faire une prise correcte de façon à ne pas avoir de cuillers qui débordent et qui deviennent dangereuses parce qu'elles sont vulnérantes.

Sur une tête en transverse, une prise en zygomati-comalaire est très difficile à faire ; aussi recommande-t-on, dans ce cas, aussitôt que la tête a été ramenée en position antérieure de retirer le forceps et de faire une seconde prise, celle-ci alors correcte. Il ne reste plus alors qu'à pratiquer la délivrance artificielle en général simple. L'injection intra-utérine est inutile sans indications spéciales.

SUTURE DES INCISIONS. — Une fois l'accouchement terminé, comme nous venons de l'indiquer et la délivrance faite, et avant de pratiquer le nettoyage de la vulve et le tamponnement vaginal, quelle conduite doit-on tenir en présence des plaies cervicales que l'on a faites par les incisions?

Les avis diffèrent suivant les auteurs.

Les uns pensent qu'il faut suturer séance tenante au catgut les deux lèvres du col que l'on vient de sectionner.

Pour les autres, au contraire, ce temps est inutile et ils préfèrent laisser à la nature le soin de la cicatrisation.

Parmi les partisans de la suture extemporanée, nous trouvons les noms de Jeannin et de Hauch.

Schwaab estime que la suture est préférable, mais il convient qu'elle est quelquefois difficile, voire même impossible.

Enriquez pense que la suture n'est pas nécessaire.

Couvelaire et Cathala sont d'avis que cette question doit être envisagée sous deux points de vue tout à fait différents.

Ils disent, en effet, que chez une femme non infectée, ayant un col épais et souple, il y a tout à gagner à faire la suture immédiate. Mais dans le cas, et c'est le plus fréquent, où la femme est en état de sub-infection, après être restée longtemps en travail avec des membranes rompues depuis plusieurs heures, ils conseillent, au contraire, de ne pas suturer.

En effet, on constate alors, le plus souvent que le col est œdématié, or on sait, d'après les travaux d'Audebert, Couvelaire, Potocki, Sauvage, Wallicha, que l'élément infectieux joue un rôle assez important dans l'apparition de cet œdème.

Un col ainsi œdématié se déchire sous les pinces; il se rompt quand on passe l'aiguille et il se dilacère quand on veut serrer les fils.

Secondairement on obtient des cicatrices vicieuses.

Il existe, en dehors de la suture primitive, un autre procédé assez intéressant pour mériter d'être pris en considération. C'est la *suture tardive ou secondaire*, que l'on pratique quand tout élément infectieux a disparu.

Cette suture se fait à la fin des suites de couches, après avivement des lambeaux. Il est en général facile de la pratiquer à ce moment et elle permet une reconstitution parfaite du col.

On considère, en effet, que le moment le plus favorable se trouve à la fin des suites de couches, parce qu'à ce moment le col est encore très souple ; il est épais et n'est plus friable. Il ne se déchire pas et il ne saigne pas.

Malheureusement, dans la pratique, cette suture secondaire est rarement exécutée, car l'accouchée qui ne souffre pas se croit guérie ; elle quitte l'hôpital, ainsi que cela arrive souvent, beaucoup trop tôt, avant la date normale et alors que le fort écoulement lochial qui subsiste encore à ce moment ne permet pas d'opérer dans de bonnes conditions.

Parfois, d'ailleurs, et l'on peut même dire assez souvent, lorsque l'on examine les femmes sur lesquelles on a pratiqué des incisions du col, on constate que les lèvres de ces incisions se sont cicatrisées spontanément. Cette réunion est d'ailleurs fréquente quand on a sectionné le col sur la ligne médiane, alors qu'elle est beaucoup plus rare, ainsi que l'a démontré Hauch, quand le col a été sectionné latéralement. Nous reviendrons d'ailleurs sur ce point dans un chapitre suivant.

L'absence de réunion des lambeaux ne détermine pas de troubles graves si les incisions ne se sont pas prolongées au segment inférieur.

Nous nous trouvons, en effet, dans les conditions

des petites déchirures qui se produisent dans la partie intra-vaginale du col, lors de l'accouchement le plus normal ou de l'application de forceps la plus anodine.

Or, ces déchirures ne sont jamais suturées. De plus, les incisions qui, avant l'accouchement, paraissent considérables, ne laissent après celui-ci, quand le col est revenu sur lui-même, c'est-à-dire à ses dimensions normales que de petites encoches peu profondes. Aussi ne doit-on pas craindre d'inciser profondément le col, à condition, toutefois, de rester dans les limites que nous avons dites plus haut et qui sont commandées par la plus élémentaire prudence. L'accouchement s'en trouvera grandement facilité et accéléré.

CHAPITRE VIII

Discussion des avantages et des inconvénients des différentes techniques

Nous avons vu que les incisions profondes du col pouvaient se faire soit dans le diamètre latéral, soit dans le diamètre antéro-postérieur, chacune de ces méthodes présente des avantages qui leur assurent des partisans, mais aussi des inconvénients que mettent en valeur leurs détracteurs.

Les incisions latérales sont préconisées par de nombreux accoucheurs parmi lesquels nous citerons : Jeannin, Garipuy, Potocki, Enriquez, Lévy-Solal, Schwaab, Scali, Couvelaire, Cleisz, Levant, Bouffe de Saint-Blaise.

« Les incisions latérales, dit Bouffe de Saint-Blaise, se feront à l'imitation de la nature ». En effet, quand une primipare déchire son col, la déchirure est toujours latérale et cet accident se produit sans

grand inconvénient, imitons donc la nature et sectionnons le col sur les côtés puisque c'est là qu'il a naturellement tendance à se déchirer ».

De plus, les incisions latérales seraient moins dangereuses que les incisions antéro-postérieures, car elles ne risquent pas d'atteindre la vessie en avant ou le rectum en arrière.

Enfin, ces incisions latérales seraient d'une réalisation plus facile que les incisions antéro-postérieures. Sous l'impulsion de Cathala, un certain nombre d'accoucheurs, parmi lesquels nous pouvons citer Bar, Brindeau, Ecalle, ont préconisé les incisions antéro-postérieures. Elles leur semblent préférables pour plusieurs raisons.

Tout d'abord, les hémorragies seraient moins à craindre en incisant sur la ligne médiane — en effet, il y a là une zone où le col de l'utérus n'est pour ainsi dire pas vascularisé, ce qui n'existe pas sur les parties latérales.

Hauch a remarqué que « dans les très rares cas où il a incisé le col en avant et en arrière, il n'a pas eu d'hémorragie, alors que toutes les fois où il se produisit des hémorragies, c'est que l'on avait incisé sur les parties latérales.

J.-L. Faure (Discussion à la Soc. d'Obstétrique et de Gynécologie, à propos de deux observations rapportées par MM. Lévy-Solal et Cleisz, séance du 10 janvier 1921) fait remarquer que les incisions latérales du col en gynécologie donnent des hémorragies importantes.

En outre, par suite de la possibilité d'extension des incisions, les hémorragies seraient encore moins à craindre avec les incisions antéro-postérieures qu'avec les incisions latérales.

Les vaisseaux importants se trouvent en effet à la base du ligament large et si les artères sont très rarement intéressées, du moins les grosses veines qui forment les plexus latéro-utérins et qui se trouvent dans la gaine hypogastrique, complètement accolés à la paroi utérine, seraient atteintes presque à coup sûr, ce qui déterminerait une hémorragie parfois considérable.

Quant au danger de blessure du rectum en arrière ou de la vessie en avant, ces auteurs le croient nul ou tout au moins exceptionnel pour le rectum, et peu fréquent pour la vessie. Il y a, en effet, entre le segment inférieur de l'utérus et la vessie, un tissu cellulaire lâche ; de ce fait, les deux organes ne sont pas accolés intimement l'un à l'autre, à l'endroit où pourrait se propager la section du col.

De plus, avec les incisions antéro-postérieures, on a grande facilité pour finir l'intervention, si cela est nécessaire, par une césarienne vaginale. L'incision antérieure du col en constitue en effet le premier temps et il n'y a qu'à poursuivre, si l'on vient à reconnaître impossible de cette manière un accouchement que l'on croyait pouvoir faire par de simples incisions profondes du segment vaginal du col de l'utérus. Au contraire, si l'on avait pratiqué en premier lieu des incisions latérales, on serait obligé

d'inciser à nouveau et en un autre point un col déjà fortement sectionné latéralement.

Enfin un autre avantage que les partisans de cette méthode accordent aux incisions antéro-postérieures consiste en ce fait que les surfaces de section restent en contact, ou présentent moins de tendance à s'écarter. La réunion pourrait ainsi s'effectuer spontanément. Hauch pense que cette tendance spontanée à la coaptation est due à la différence de structure du col en avant, en arrière et latéralement. En effet, en avant et en arrière, le col est formé de fibres circulaires et longitudinales, alors que latéralement il ne comprend que des fibres circulaires.

Fieux et Demelin nient tout élément musculaire chez la parturiente et laissent entrevoir que cette interprétation peut ne pas être exacte. On a invoqué aussi la pesanteur de la lèvre postérieure, qui, plus longue, tendrait à s'écarter de la lèvre antérieure. On a dit aussi que l'on pourrait expliquer cette béance dans les cas d'incisions latérales, par la nature des moyens de fixité du col de l'utérus. On sait, en effet, que les fibres pubo-vésico-utéro-recto-sacrées de Farabeuf dont la partie postérieure est connue sous le nom de ligament utéro-sacré constituent un des moyens de fixité les plus puissants du col de l'utérus. On comprend que si l'on vient à créer indirectement par des sections latérales du col utérin une solution de continuité dans ce ligament tendu du pubis au sacrum un écartement de la surface de section peut en résulter.

Or, la non-coaptation des lambeaux peut entraîner des infections secondaires, de la métrite du col avec ectropion, métrite qui peut aller parfois jusqu'à l'érosion du col (Doleris-Vignes) et qui pour certains auteurs (Bar, Smith, Rodman, Siredey) favoriserait le développement du cancer du col de l'utérus.

Doleris a même signalé (Doleris. Thérapeutique des déviations génitales. Annales de la Société d'Obstétrique de France, 1911, C. R., pages 397 et 414) comme suites possibles à ces sections ligamentaires :

Un certain relâchement des culs-de-sac antérieur et postérieur du vagin, de l'aponévrose du Douglas, des ligaments utéro-sacrés, conditions qui favorisent les corpocèles antérieure et postérieure et le prolapsus de l'utérus.

CHAPITRE IX

Incidents et Accidents immédiats. — Suites de couches

Quand les incisions du col sont pratiquées sur des indications précises : col qui ne se dilate pas ou dont la dilatation a subi un arrêt qui paraît définitif et quand les conditions requises pour faire correctement les incisions sont remplies : c'est-à-dire, lorsque les culs-de-sacs vaginaux sont assez profonds, que la présentation est bien engagée ; que la distance qui sépare les deux culs-de-sac du vagin en passant par le point le plus saillant de la présentation fœtale, la tête le plus souvent mesure plus de 12 cm., les complications sont rares.

Cependant, quelques-unes peuvent néanmoins survenir, surtout au moment du passage et de la sortie de la tête fœtale.

En premier lieu, on peut redouter les *hémorragies*.

Celles-ci ne seront à craindre qu'en cas d'extension des incisions au vagin et au segment inférieur.

On peut observer, et c'est une éventualité assez fréquente qu'il ne faut pas redouter une hémorragie légère à la suite d'une déchirure d'un des lambeaux du col. Mais cette déchirure est toujours peu importante et ne remonte jamais bien haut : elle ne dépasse, en aucun cas, la ligne d'insertion vaginale du col.

Cathala, pour les 14 cas d'incisions du col qu'il rapporte, et qu'il a pratiquées avec des indications précises, a observé 8 cas, dans lesquels s'est produite une hémorragie, mais ces hémorragies n'étaient nullement dues aux incisions pratiquées sur le col : dans un cas, en effet, elle était secondaire à une déchirure vulvaire au niveau du clitoris. Dans six autres cas, les pertes sanguines avaient pour origine une inertie utérine par suite de la longueur du travail et aussi un défaut de rétraction utérine dû à ce que la délivrance avait été faite immédiatement et rapidement après l'accouchement pour ne pas prolonger le sommeil chloroformique. Après tamponnement utérin, l'hémorragie dans tous ces cas a cessé. Et ce n'est que dans un seul cas qu'il a été noté une légère hémorragie provenant du col et due à ce qu'une des incisions avait atteint la muqueuse vaginale.

Hauch (Loc. cit., page 935) sur 72 cas a relevé, dans quelques-uns des hémorragies abondantes, dues ainsi qu'il le dit lui-même à ce qu'il avait pra-

tiqué des incisions latérales et à ce fait que les incisions s'étendaient au segment inférieur, ce qui tendrait à prouver qu'elles ont dû être faites à tort.

Les partisans des incisions antéro-postérieures disent, ainsi que nous l'avons rapporté plus haut, que celles-ci ne saignent pas, car le col de l'utérus est peu vascularisé à ce niveau et les seuls cas d'hémorragies que ces auteurs auraient eu à traiter à la suite de ces incisions, seraient ceux dans lesquels l'incision se serait propagée au vagin.

L'extension anormale des incisions en dehors des limites que la prudence enseigne, constitue également une complication à craindre.

Hofmeier, Hauch, donnent un pourcentage élevé d'hémorragies dues très probablement à une extension de la déchirure du segment inférieur.

Mackenrodt publie l'observation d'une femme ayant succombé à une hémorragie grave due à l'extension de la section du col au segment inférieur, à la suite d'incisions pratiquées dans le diamètre transversal. Or, dans ce cas, on n'avait pas respecté les indications que l'on doit toujours poser avant d'inciser un col utérin. C'est là, en vérité, un très gros danger, lorsque l'on incise sur un segment inférieur non formé ou mal formé.

Il peut se produire, en effet, et c'est peut-être là le plus gros danger auquel on s'expose quand les incisions ne sont pas faites dans des conditions bien précises, des hémorragies considérables dues à l'extension de la déchirure à la gaine hypogastrique

qui renferme, ainsi que nous le disions plus haut, d'énormes plexus veineux péri-utérins, dilatés au maximum par la grossesse et dont la rupture amènerait une hémorragie considérable, voire même mortelle rapidement. Cette complication peut d'ailleurs s'observer aussi bien à la suite d'incisions antéro-postérieures que d'incisions latérales.

Outre le danger d'hémorragie auquel expose l'extension anormale de l'incision, on peut craindre la propagation au vagin et par son intermédiaire, aux organes voisins, vessie et rectum.

Pour le *vagin*, nous savons que les incisions doivent s'arrêter à un *millimètre* au moins de la muqueuse vaginale et, si, par hasard, il y avait extension de la section à la muqueuse vaginale, on pourrait observer une hémorragie d'ailleurs en général légère. Quant à la *vessie*, elle ne doit pas être atteinte, si les indications opératoires ont été bien précises et furent bien suivies.

Quelquefois cependant, on a pu observer, comme dans le cas que rapporte Ecalles, des fistules vésico-vaginales. Il est évident que l'on peut toujours penser à les attribuer à une extension de l'incision. Mais il faut bien tenir compte que dans ces cas il y a eu toujours application secondaire de forceps. Or, cette application est le plus souvent difficile, pénible ; elle se fait avec des parties molles très résistantes et quelquefois atrésiées. Très souvent, aussi, cette mortification des tissus suivie d'escarre, amenant par sa chute une communication vésico-vaginale

anormale, se produit au moment de la rotation de la présentation. Or, nous avons dit que cette manœuvre doit être exécutée avec la plus grande douceur et avec le minimum de force. C'est ainsi encore le plus sûr moyen d'éviter cette pénible complication.

Dans le cas rapporté par Ecalte, la fistule s'est produite à la partie moyenne du vagin et l'examen du col n'a montré aucune extension de l'incision, mais simplement une petite déchirure en un point limité, beaucoup plus bas, loin des parois vaginale et vésicale. La fistule aurait ainsi pu reconnaître l'origine dont nous parlons plus haut.

Quant au *rectum* enfin, il est extrêmement rare qu'il puisse être lésé et nous n'en avons relevé aucun cas dans la littérature obstétricale. Cela s'explique facilement par ce fait qu'il est plus éloigné de la lèvre postérieure que ne l'est de la vessie, la lèvre antérieure du col. De plus il est séparé du cul-de-sac postérieur du vagin par un tissu cellulaire lâche, en général assez épais.

Citons, enfin, pour mémoire, ces petites déchirures que Cathala a constatées parfois dans l'un des deux lambeaux après l'extraction du fœtus. Il s'agit là d'une lésion toujours minime qui ne remonte jamais jusqu'aux culs-de-sac vaginaux et qu'il attribue à la forme en calotte du col qui ne permet pas au bord libre des lambeaux de s'écarter suffisamment lors du passage de la tête de l'enfant.

Mais toutes ces diverses complications sont rares.

Elles ne se produisent en effet que si les indications opératoires n'ont pas été bien posées, ou bien suivies par la suite. Si les incisions sont faites correctement, ces complications ne peuvent se produire, et les incisions du col gardent alors le caractère de bénignité qu'elles doivent toujours présenter.

Enfin, nous devons considérer la possibilité de l'infection puerpérale survenant chez ces femmes, dans les *suites de couches*.

Il ne faut pas oublier, en effet, que l'on n'intervient presque toujours sur des femmes déjà infectées, avec température élevée et pouls accéléré. Leurs suites de couches seraient sans doute fébriles dans tous les cas, et elles ne seraient pas à l'abri de l'infection puerpérale. Il semble même que l'on puisse penser que cette dernière complication serait plus à craindre et plus grave, si les incisions n'avaient pas été pratiquées ; nous savons, en effet, que l'œuf étant déjà infecté au moment de l'intervention, celle-ci a le grand avantage d'en débarrasser immédiatement la femme par un accouchement rapide. Cathala, sur 32 opérées, a constaté 13 suites de couches fébriles, mais 10 d'entre elles avaient, avant l'intervention, de la fièvre et un pouls rapide. Par ailleurs, 3 de ces opérées, qui avant l'intervention avaient de la fièvre, eurent des suites de couches normales. Dans l'ensemble, il n'a pas observé d'aggravation à la suite des incisions du col.

Ecalle, sur 44 cas, en note 4 seulement dans lesquels la température a dépassé 38°5 et il est tou-

jours intervenu sur des femmes ayant une température élevée avant l'opération.

Schwaab, sur 7 opérées n'a constaté qu'un seul cas de fièvre dans les suites de couches ; elle avait d'ailleurs 38°2 avant l'intervention.

En somme, dans l'ensemble, les incisions du col faites correctement ne sauraient entraîner de complications infectieuses : il semble même, qu'elles constituent un excellent moyen de lutter contre l'infection puerpérale toujours à craindre chez ces femmes au travail prolongé et plus ou moins en état de sub-infection à ce moment.

Il pourrait en être tout autrement au cas où les espaces cellulaires péri-cervicaux viendraient à être atteints par une extension anormale de l'incision. Nous avons déjà dit à quel danger d'hémorragie grave on pouvait s'exposer de ce fait. Par ailleurs, il est certain que la communication de ces espaces avec un milieu plus ou moins septique constitue une grave menace et bien que nous n'en ayons trouvé aucun cas signalé, il est certain que l'on est en droit de craindre le développement d'une cellulite pelvienne ou au moins d'un phlegmon bas du ligament large, dans les jours qui suivent, surtout s'il s'est formé un hématome facile à infecter, mais ainsi que nous le répéterons encore en terminant ce chapitre de complications, celles-ci doivent rester l'exception et ne doivent jamais se voir si les incisions du col ont été faites correctement.

CHAPITRE X

Avenir obstétrical

Il nous reste maintenant à examiner ce que devient, par la suite, le col de l'utérus qui a subi de telles incisions et quel avenir obstétrical est réservé aux femmes qui ont été ainsi opérées.

Balard (de Bordeaux) a réuni dans un travail (*Rev. Franç. de Gynécologie et Obst.*, XVII, p. 525) 39 cas d'incisions du col suivis de 50 grossesses.

Hauch (statistique) de 1910 à 1920 rapporte qu'il a été pratiqué dans son service 159 fois des incisions du col, sans compter les cas suivis de décès dans les suites de couches. Sur ce nombre, 25 seulement se sont représentées dans son service pour une nouvelle gestation. Ce chiffre, grossi de quelques unités (femmes ayant accouché ailleurs), serait sensiblement exact pour donner une juste moyenne. Nous arrivons ainsi à un pourcentage de 12 à 15 %. La rareté de la *fécondation* est donc réelle.

Cette stérilité tient à plusieurs causes.

D'abord, à la rareté même avec laquelle jusqu'à ce jour, les incisions du col ont été pratiquées. De plus, il arrive souvent que les femmes ne se représentent pas à l'accoucheur qui a pratiqué antérieurement les incisions du col.

Ensuite à la restriction volontaire de la part des femmes. Les incisions du col lorsqu'elles sont pratiquées, ne le sont, en effet, que dans le cas d'un travail pénible et très prolongé. On comprend alors l'état d'esprit dans lequel un tel souvenir laisse trop souvent ces femmes pour l'avenir.

De plus, on intervient le plus souvent sur un col atteint de rigidité ; du fait d'un œdème infectieux plus ou moins accusé. Les incisions abandonnées le plus souvent à elles-mêmes, sans suture, guérissent parfois sans trop de dégâts, mais le plus souvent, il se produit secondairement une éversion plus ou moins accentuée de la muqueuse cervicale. Il en résulte une métrite cervicale chronique, une cervicite chronique, et ces éversions, après les incisions provoquées, comme après d'ailleurs les déchirures spontanées, entravent la fécondation du fait des lésions métritiques qui s'y développent secondairement.

Ces éversions ne se produiraient pas après les incisions antéro-postérieures, ainsi que l'affirment leurs partisans même s'il n'y a pas eu de sutures des lambeaux.

Cependant pour les éviter et aussi bien dans le

cas d'incisions latérales que d'incisions antéro-postérieures, il vaut mieux en général faire une suture primitive, si l'état du col le permet (infection, etc...) ou une suture primo-secondaire à la fin de la période des suites de couches (V. Bibliographie).

Ainsi, en restituant autant que possible au col sa forme normale, peut-on espérer permettre une fécondation ultérieure. Il arrive en effet dans ces cas heureux que les incisions du col ne se traduisent plus que par une légère encoche sur un col souple et d'apparence normale.

La fécondation obtenue et la *gestation* étant commencée, il ne semble pas que les incisions du col aient une influence néfaste sur son évolution normale.

Sur les 39 cas d'incisions du col avec 50 grossesses recueillies par Balard (V. p. 89), il note quatre avortements. Dans quatre autres cas, la gestation s'est arrêtée avant terme, une fois à six mois à la suite d'endocervicite et de néphrite grave, une fois à sept mois par décollement prématuré du placenta, deux fois à huit mois par placenta prævia.

Les quarante-deux autres grossesses ont eu une évolution normale.

Ce résultat tient à ce que les auteurs se sont montrés assez réservés au sujet des incisions du col, sachant en bien préciser les indications, les limitant aux seuls cas où le col est suffisamment effacé — avec culs-de-sacs suffisamment profonds — pour que l'extraction de la tête puisse se faire sans agran-

dissement des incisions et sans atteinte du segment inférieur.

La grossesse pouvant être menée jusqu'à terme, il nous reste maintenant à examiner comment se comporte le col utérin incisé, au cours de ce nouvel *accouchement*.

Or, l'influence des incisions est néfaste à ce moment, et elle s'exerce sur la dilatation et la rupture de la poche des eaux.

L'ouverture de l'œuf pourra être prématurée ou tardive : elle est prématurée en cas d'insertion basse, tardive au contraire en cas d'adhérences du pôle inférieur de l'œuf. Or, ces deux hypothèses sont fréquentes dans les cas d'endométrite chronique, et les incisions du col provoquent parfois, nous l'avons vu plus haut, des lésions d'endocervicite plus ou moins propagées à la totalité de la muqueuse utérine.

La rupture prématurée ou tardive de la poche des eaux peut avoir sur la dilatation une influence défavorable : dans l'un et l'autre cas, elle la retarde, bien que par un mécanisme différent. Ce sont donc surtout les troubles de la dilatation que l'on devra particulièrement redouter, et c'est sur ce point que l'attention des accoucheurs doit être spécialement attirée.

Cependant, Cathala dit que les incisions du col ne laissent aucune cicatrice vicieuse et n'exposent pas non plus à des accidents au cours d'accouchements ultérieurs, mais il ajoute, ainsi que nous

l'avons déjà plusieurs fois répété, qu'il ne faut les pratiquer que si elles sont vraiment indiquées et quand il n'y a aucun danger d'extension au vagin ou au segment inférieur.

Schwaab (*Presse médicale*, 3 juillet 1910) est aussi catégorique que Cathala. Il dit en effet que le danger des cicatrices vicieuses est peu à redouter quand les incisions sont restées limitées à l'insertion vaginale. Par contre, les cicatrices vicieuses sont à craindre toutes les fois que les déchirures ont atteint le segment inférieur, le dôme vaginal ou le paramètre. Il se produit alors un tissu cicatriciel dense qui peut devenir la source d'accidents graves lors d'accouchements ultérieurs.

Mais, ainsi que nous allons le voir, dans bien des cas, les accouchements ultérieurs se font normalement.

Ecalle rapporte le cas d'une femme incisée antérieurement par lui et qui accoucha ultérieurement en 4 heures, d'une façon normale.

Bénit a deux cas de femmes incisées par lui et qui sont redevenues enceintes : l'une a eu un accouchement terminé en trois heures, l'autre en quatre heures, sans aucun trouble spécial pour l'un comme pour l'autre. Dans un cas cependant, il releva seulement que le col, au moment de la dilatation complète, avait pris une forme en raquette.

Balard a relevé 13 cas d'incisions du col qui ont donné 17 gestations :

9 accouchements normaux ;

2 avortements ;

6 accidents dystociques parmi lesquels nous comptons une déchirure importante du col en arrière, une rupture cervicale survenue à la quatrième gestation, après deux accouchements normaux, et qui fut suivie de mort ;

Une atrésie du col ayant nécessité l'emploi d'un dilateur métallique (Bossi) ;

Un accouchement provoqué par suite d'un rétrécissement pelvien, et suivi de mort de la femme à la suite d'une infection puerpérale après un travail de 48 heures avec difficulté de la dilatation.

La statistique de Hauch (*in* Balard : *Rev. franç. d'obstétrique et de gyn.* T. XVII, p. 540) comprend 26 cas d'incisions du col qui ont donné 33 gestations, dont :

2 avortements,

22 accouchements normaux,

6 césariennes : 4 pour rétrécissement pelvien, 1 pour néphrite grave, 1 pour asphyxie intra-utérine,

1 cas d'amputation supra-vaginale de l'utérus pour atonie consécutive à un décollement prématuré du placenta et suivie de mort douze jours après.

1 cas d'incision itérative pour asphyxie intra-utérine avec placenta prævia,

1 basiotripsie pour rupture imminente de l'utérus.

Hauch accuse dans un cas l'endocervicite d'avoir

provoqué probablement l'insertion basse du placenta.

D'autre part, nous pouvons rendre responsables les incisions du col des deux cas d'avortements signalés plus haut, du fait des érosions qu'elles avaient produites et de la métrite qui leur était secondaire.

De même, en ce qui concerne la basiotripsie, du fait de la menace imminente de rupture utérine.

L'atonie utérine dans un cas, et dans l'autre le mauvais état général de la mère qui présentait une néphrite grave sont les responsables des deux décès.

Mais, en comparant les différentes statistiques, et les opinions des auteurs, on peut remarquer que dans les services d'obstétrique où ces incisions profondes du col se pratiquent en s'entourant de toutes les précautions et de toutes les garanties possibles et nécessaires, elles ne donnent qu'un très faible pourcentage de complications, aussi bien immédiatement que dans l'avenir obstétrical des femmes qui les ont subies.

Observations

OBSERVATION I

Inédite

D... Renée, 1^{re} pare, âgée de 26 ans, dont les dernières règles datent du 8 au 12 août, la grossesse a été suivie régulièrement à la consultation de Lariboisière où on a toujours trouvé une gestation évoluant normalement.

Le 17 mai, à 10 heures, la gestante est admise au dortoir avec le diagnostic suivant : siège, dos, à gauche, vivant, bassin normal, membranes rompues depuis le 15 mai à 7 heures.

Le 18 mai, à 22 heures, apparition des premières douleurs.

Le 19 mai, à 9 h. 45, siège décomplété, mode de fesses. Dilatation grande paume. *Col rigide* et peu extensible, bruits du cœur arythmiques.

A 12 h., incision de la lèvre antérieure du col par M. Devraigne. Bruits du cœur bons.

A 13 h., dilatation complète, efforts expulsifs. Bruits du cœur bons.

A 14 h., extraction d'un enfant, né étonné, facilement ranimé après 5 minutes de soins.

Poids de l'enfant 2.690 gr.

A 15 h., délivrance naurelle et complète, pesant 400 grammes.

Pas de suture.

Le 28 mai, M. Devraigne examine la femme et trouve un col refermé, en partie reformé, on voit une échancrure au milieu de la lèvre antérieure qui est en voie de cicatrisation.

OBSERVATION I (bis)

Inédite

Mme P..., II^e pare, âgée de , dont les dernières règles datent du 6 au 11 décembre 1925. Gestation suivie à la Maternité de l'hôpital.

Le 2 octobre, à 2 h., apparition des premières douleurs, la femme vient consulter à Lariboisière et est admise au dortoir. Examen à l'entrée : grossesse à terme, dilatation petite paume. Siège complet en S. I. G. A. Rupture des membranes au cours de l'examen, issue d'un liquide fortement teinté de méconium. Procidence du cordon. Bruits du cœur non perçus. T. 38°. Pouls 100.

A 11 h. 30, pose d'un ballon intra-utérin de 250 cm³. Les douleurs sont courtes et espacées, puis cessent aux environs de 14 h.

A 21 h., expulsion du ballon, dilatation stationnaire. Température 37°2. Pouls 108.

M. Devraigne prévenu conseille d'abaisser un pied, l'antérieur, sur lequel on pose un lac.

3 octobre, 9 h., T. 40°. Pouls 128. Dilatation stationnaire. Liquide fétide.

A 10 h. et demie, on passe la femme à l'isolement, M. Devraigne conseille de terminer l'accouchement. Anesthésie au chloroforme, dégagement du pied et du mem-

bre antérieur avec beaucoup de difficulté, le col se resserre progressivement sur le cou du fœtus.

10 h. 45, M. Guéniot arrive et conseille une incision du col, le cul-de-sac antérieur étant profond d'environ 2 cm., il fait une incision antérieure et médiane du col et termine facilement l'extraction de l'enfant pesant 3.380 gr. Délivrance naturelle complète, pesant 520 gr.

Injection intra-utérine iodée, glace sur le ventre : 80 cc. de sérum anti-streptococcique. La femme meurt le 5, à 16 h.

OBSERVATION II

Inédite

Mme F..., 1^{re} pare, âgée de 19 ans. Dernières règles du 25 décembre, durée 1 jour.

Le 27 octobre 1925, vers 4 h., apparition des premières douleurs. Entrée à Lariboisière à 6 h. Sommet fixé en D. P. enfant vivant. Dilatation 50 centimes. Gros œuf.

28 octobre, 11 h. 45, dilatation stationnaire. Sommet bien fixé. Bruits du cœur bons.

16 h., contractions très fréquentes. Dilatation 50 centimes. On fait une injection de 1 centigramme de morphine.

29 octobre, 11 h. 45, examen de M. Devraigne. Dilatation 1 franc ; il fait 4 petites incisions en croix de St-André. Le col étant mince et souple, non œdématié.

A 16 h. 50, dilatation presque complète. Bruits du cœur, sourds et ralentis, M. Blum, interne, décide de faire une application de forceps dans la partie haute de l'excavation sur sommet en D. P. (deux prises). Extraction pénible d'un enfant n'ayant pu être ranimé, pe-

sant 4 kg. 550. Délivrance spontanée complète pesant 620 gr. Périnée intact. Suites de couches fébriles. La malade quitte l'hôpital le 14^e jour en bonne santé.

OBSERVATION III

Inédite

Mme A..., 1^{re} pare, âgée de 36 ans. Dernières règles du 28 février au 3 mars 1925. Le 11 novembre 1925, à 13 h., apparition des premières douleurs.

Le 14 novembre, à 14 h., rupture spontanée des membranes avec une dilatation de 2 fr.

Le 15 novembre, la femme est envoyée à Lariboisière par la sage-femme de ville. Examen à l'entrée, grossesse à terme. *Sommet fixé en D. P.* Dilatation 2 francs, stationnaire depuis le 14 novembre à 14 h. Urines normales. Température 38°2. Pouls 96.

Le 16 novembre, 0 h. 20. On fait un centigramme de morphine et injections vaginales chaudes toutes les deux heures. On note une fétidité des pertes.

11 h. 45, M. Devraigne voit la femme. Dilatation voisine de 5 francs et conseille de faire des incisions du col.

A 12 h. 45, incisions sur le col en Croix de St-André, de 1 centimètre, portant surtout sur la lèvre antérieure, la lèvre postérieure est difficilement accessible. Bruits du cœur fœtal bons. Température 39°5. Pouls 120.

A 17 h. 30, dilatation stationnaire, M. Blum décide de prolonger les incisions d'un centimètre environ. A partir de ce moment, la dilatation marche rapidement. Contractions utérines rapprochées.

18 h. 15, perte abondante de sang, on recueille 1.000 grammes environ. Pouls à 160.

19 h. 30, dilatation complète, on décide de faire une application de forceps.

19 h. 45, application de forceps Tarnier, à la partie haute de l'excavation sur sommet en O. I. D. P. ; la rotation est effectuée à la partie inférieure de l'excavation.

A 20 h., extraction d'une fille née en état de mort apparente, ranimée après 20 minutes de soins, pesant 3 kg. 320.

Ecoulement de liquide amniotique purulent. Injection ovulaire iodo-iodurée.

20 h. 30, délivrance artificielle pesant 520 gr. Utérus mou. Hypophyse 1 cc. Ergotine 2 cm., position déclive. Périnée intact.

La femme quitte le service le 20^e jour en bonne santé.

OBSERVATION IV

Inédite

Mme D..., 1^{re} pare, âgée de 35 ans, la parturiente ne se rappelle pas la date de ses dernières règles. La gestation a été suivie par une sage-femme de ville. Entrée à Lariboisière le 25 novembre 1925.

Le 21 novembre, premières petites douleurs, la sage-femme est appelée et ne constate pas un début de travail, elle conseille un lavement laudanisé.

Le 22-11-25, les contractions continuent toute la journée. Col qui s'efface.

Le 23-11-25, état stationnaire.

Le 24-11-25, 5 h. 30, les contractions augmentent de fréquence et d'intensité.

10 h., la sage-femme est appelée : dilatation 50 centimètres, B. d. c. bons, membranes intactes.

16 h., dilatation 2 francs.

23 h., dilatation 5 francs, la poche des eaux se rompt artificiellement, d'après la femme on lui aurait dit de pousser en la touchant.

Le 25-11-25, un médecin est appelé et conseille d'accord avec la sage-femme, d'envoyer la parturiente à Lariboisière.

6 h. examen à l'entrée, grossesse à terme, gros œuf, sommet engagé en G. A., membranes rompues, bosse séro-sanguine peu volumineuse, col œdématisé, dilaté comme 5 francs, B. d. c. non percus, T. 37°7.

A 10 h., dilatation petite pomme, sommet engagé en G. A., bosse séro-sanguine assez volumineuse. Gros œuf. A l'auscultation perception de battements que l'on ne peut pas différencier ; 1 cm.³ de morphine est conseillé par l'interne.

12 h. 30, M. Devraigne conseille de faire une incision du col. On fait 2 incisions obliques sur la lèvre antérieure, la lèvre postérieure n'a pu être atteinte.

15 h., dilatation grande paume, on fait 1 cm³ d'hypophyse qui déclanche peu de contractions.

15 h. 30, application de forceps Tarnier sur sommet en G. A. un circulaire lâche ; extraction d'un enfant en état de mort apparente, ranimé après 20 minutes de soins, pesant 3 kgs 900 grammes ; délivrance naturelle complète pesant 590 gr. Durée du travail 34 h. 15. Suites de couches normales.

OBSERVATION V

Inédite

Mme P..., 1^{re} pare, âgée de 28 ans, dernières règles du 23 au 25 février 1925, dont la gestation a été suivie à Lariboisière.

10 novembre 1925, examen de M. Devraigne, grossesse de 8 mois environ, tête mobile, dos à droite, bassin normal.

Le 30 novembre, à 3 h. 30 premières douleurs.

6 h. rupture spontanée des membranes, liquide fortement teinté de méconium, B. d. c. bons, dilatation, 1 fr.

Le 30-11-25, à 11 h. 45, examen de M. Devraigne. Tête qui déborde le 2^e parallèle de Hodge, dilatation 1 franc. B. d. c. bons.

Le 30-11-25, 16 h. 30, dilatation 5 francs, lèvre antérieure du col œdématiée, injections chaudes répétées.

Le 1^{er} décembre à 1 h. 25 ; la femme fait des efforts expulsifs, dilatation 5 francs, on fait 2 incisions obliques sur la lèvre antérieure, col mou, difficile à pincer.

1-12-25 à 2 h. 30, dilatation complète.

A 4 h. 45, on fait une application de forceps Tarnier au détroit inférieur, extraction d'un garçon vivant pesant 3 kgs 160.

A 5 h., délivrance naturelle complète, pesant 550 gr.

Suites de couches normales, la femme quitte le service 12 jours après l'accouchement.

OBSERVATION VI

Inédite

Mme V..., 1^{re} pare, âgée de 18 ans, les dernières règles sont du 10 mars 1925, dont la gestation n'a pas été suivie.

Entrée le 15 décembre 1925, au dortoir avec le diagnostic suivant. Sommet engagé, dos à gauche, vivant.

Le 17 décembre à 15 h. premières douleurs,

A 17 h. dilatation 1 franc,

A 21 h. rupture spontanée des membranes, contractions utérines fréquentes, on fait 1 cm³ de morphine.

Le 18 décembre à 10 h. température 38° dilatation petite paume.

Le 18 décembre, 16 h. 30 petite paume,

17 h. $\frac{1}{2}$, cm³ de rétropituitine.

22 h. dilatation stationnaire ; petite paume.

Le 18 décembre à 18 h. 30. Incision du col en Croix de St-André pour non progression de la dilatation, suivie d'application de forceps Tarnier sur sommet engagé en O. I. G. A. à la partie haute de l'excavation. Extraction d'une fille vivante, pesant 3 kgs 700, un circulaire autour du cou.

A 24 h. délivrance naturelle complète, pesant 700 gr. légère hémorragie. Pouls 100.

Suites de couches légèrement fébriles, la femme quitte le service le 11^e jour.

OBSERVATION VII

~ Inédite

Mme C..., 1^{re} pare, âgée de 22 ans. dernières règles du 13 août, dont la gestation a été suivie à Lariboisière.

Le 17 mai 1925, la femme vient consulter et étant normale est envoyée chez une sage-femme agréée.

Le 18 mai, la sage-femme ramène la parturiente à la Maternité de Lariboisière pour lenteur du travail.

Examen à l'entrée : 1 h. 30, sommet engagé en D. P., enfant vivant, dilatation petite paume.

Le 19 mai, toute la journée très peu de douleurs.

A 21 h. les membranes se rompent, liquide teinté.

A 22 h. les bruits du cœur fœtal se modifient, ils s'ac-

célèrent et parfois sont irréguliers, la dilatation n'avance pas.

L'interne est prévenu et décide de faire des incisions du col en croix de St-André et une application de forceps.

A 22 h. 30, intervention sous-anesthésie, incision du col en croix de St-André, application de forceps Tarnier en D. P. rotation en O. P. extraction d'un garçon vivant, pesant 3 kgs 700.

A 24 h. la femme saigne, le placenta n'est pas décollé, pouls 136. Délivrance artificielle sous anesthésie, torsion utérine, injection iodée, poids du placenta 540 gr.

Suites de couches fébriles, pyélonéphrite post-gravidique.

OBSERVATION VIII

Inédite

Mme B..., 1^{re} pare, âgée de 34 ans, dernières règles du 2 avril 1925 dont la gestation a été suivie à Lariboisière.

7 décembre 1925, entrée dans le service pour douleur, diagnostic à l'entrée : siège mobile, tête dans la corne droite, dos à droite, col long, urines normales, *promontoire accessible*, 10 cm⁶, sans déduction, léger excès de liquide.

Torsion par manœuvre externes faciles.

Le 26 janvier 1926 à 20 h. apparition des premières douleurs, admise à la salle de travail avec le diagnostic suivant : sommet fixé, dos à gauche, vivant : dilatation 1 franc, membranes intactes, urines normales, T. 37° 1.

28 janvier 12 h. 30. Examen de M. Devraigne. Tête élevée, dilatation 5 francs, membranes rompues depuis

12 h. 15, liquide teinté de méconium, défense de toucher. B. d. c. bons.

29 janvier, 12 h., examen de M. Devraigne. La tête est bien descendue. Auscultation positive. Col dilaté comme petite paume, épais, il conseille de faire des incisions du col en Croix de St-André et ensuite piqure d'hypophyse.

A 15 h., température 38°2. Bruits du cœur ?

A 15 h. 15, les bruits du cœur ne sont plus perçus.

A 15 h. 30, intervention, la dilatation est à grande paume, on considère l'enfant mort.

A 16 h., application de forceps Tarnier, en G. T. Extraction d'un garçon mort-né, présentant des traces de macération, pesant 3.620 gr. Bipariétal 9 cm 5.

Fétidité de l'œuf, on pratique une injection intra-ovulaire à la solution iodo-iodurée de Tarnier.

A 17 h. 15, hémorragie. Pouls à 120.

A 17 h. 40, malgré des soins, l'hémorragie continue.

A 18 h. 30, délivrance artificielle, placenta enchatonné dans la corne droite, poids du placenta : 450 grammes, révision utérine : injection intra-utérine à la solution de Tarnier. Suites de couches normales.

OBSERVATION IX

Inédite

Mme Rt. A..., 1^{re} pare, âgée de 32 ans, dernières règles du 12 mai 1926, dont la grossesse a été régulièrement suivie à Lariboisière. Admise au dortoir quelque temps avant son accouchement pour crises d'épilepsie très nettes.

Le 17 février 1927, M. Guéniot voit la femme et constate un promontoire accessible à 10,8 sans déduction.

Le 8 mars 1927, à 20 h., rupture spontanée de la poche des eaux, depuis la femme éprouve quelques douleurs violentes dans le bas-ventre.

Le 23 mars 1927, à 10 h., tête mobile, dos à droite. Auscultation positive. Posé d'une ceinture eutocique. Dilatation comme 1 fr. Membranes rompues.

A 18 h., la tête reste élevée et n'a aucune tendance à l'engagement, dilatation comme 2 francs.

A 8 h. 30, les bruits du cœur fœtal se ralentissent.

A 10 h. 40, bruits du cœur sourds et intermittents.

A 11 h., plusieurs auscultations restent négatives.

Dilatation 5 francs, un col souple, sur lequel appuie la bosse séro-sanguine. M. Devraigne, à cause de la récente disparition des bruits du cœur, préfère une application de forceps, après section du col, à la basiotripsine. M. Devraigne fait une section médiane, sous anesthésie, des deux lèvres du col et fait une application de forceps Tarnier, extraction d'un enfant mort, du sang s'écoule et après injection vaginale en regardant à l'aide d'une valve postérieure on s'aperçoit que c'est la tranche gauche de la lèvre antérieure qui saigne, suture immédiate au catgut des deux lèvres du col.

A 13 h. 30, délivrance artificielle, gros phénomènes de schock très marqués.

Pouls à 140. Pas d'hémorragie abondante. Suites de couches normales.

OBSERVATION X

(Inédite)

Mme C. M..., 1^{re} pare, âgée de 36 ans, dernières règles du 28 août 1926.

Entrée à Lariboisière le 12 février 1927. Examen à

l'entrée : sommet d'aplomb, dos à gauche vivant, col en voie d'effacement, membranes intactes, urines normales, température 37°.

A 21 h., premières fortes douleurs.

Le 15 février 1927, à 12 h., dilatation 2 francs. Col œdématié.

Le 16 février 1927, à 12 h., dilatation 5 francs.

A 15 h. 20, les bruits du cœur fœtal sont soufflants.

A 17 h., la tête affleure la deuxième parallèle de Hodge. Dilatation 5 francs.

A 21 h., col œdématié, on téléphone à M. Devraigne qui conseille de faire une piqûre de morphine.

Le 17 février 1927, à 12 h., examen de M. Devraigne. Dilatation petite paume, gros bourrelet œdémateux, non douloureux.

A 15 h., même état du col, alors on décide de faire des incisions du col en Croix de Saint-André.

Le 18 février 1927, 11 h. 45, examen de M. Guéniot. Dilatation grande paume, bruits du cœur bons.

A 21 h., application de forceps Demelin sur sommet fixé à la partie haute de l'excavation en O. I. G. T. Extraction d'un garçon vivant pesant 3 kg. 480.

Révision du col et du segment inférieur. Délivrance artificielle pour hémorragie immédiatement après l'accouchement, délivrance complète pesant 600 gr., injection intra-utérine à la solution Tarnier : sérum physiologique. Huile camphrée.

Suite de couches fébriles.

OBSERVATION XI

(Inédite)

Mme B..., 1^{re} pare, âgée de 37 ans, dernières règles du 2 au 5 avril 1925. Gestation suivie à Lariboisière où on a

constaté un promontoire accessible à 10-6 sans déduction.

Entrée au service le 7 décembre 1925, pour douleurs. Diagnostic à l'entrée : siège mobile, dos à droite, col long, un.

Promontoire accessible à 10,6. Torsion par manœuvres externes faciles. Ceinture eutocèque. La femme quitte le service le 21 décembre et y rentre le 29.

26 janvier 27, à 20 h., apparition des premières douleurs. A 23 h., la parturiente est admise à la salle de travail avec le diagnostic suivant : sommet fixé, dos à gauche, vivant. Dilatation 1 franc. Membranes intactes.

Le 27 janvier, à 8 h., sommet d'engagement, dilatation entre 1 fr. et 2 francs.

A 22 h. 30, dilatation comme 5 francs.

Le 28 janvier 27, examen de M. Devraigne. Tête élevée. Dilatation 5 francs. Membranes rompues, liquide amniotique, teinté de méconium. Défense de toucher.

Le 29 janvier 1927, à 12 h., examen de M. Devraigne. La tête est bien descendue, auscultation positive. Col dilaté comme petite pomme, épais. Aussi il conseille de faire des incisions en Croix de Saint-André, ensuite piquûre d'hypophyse.

A 5 h., température 38°2. Auscultation bonne. M. Blum pratique deux incisions obliques sur la lèvre antérieure du col qui est friable et cède facilement sous la pince de Muzem.

A 15 h. 15, les bruits du cœur fœtal ne sont pas perçus.

A 16 h., dilatation plus que grande pomme, on fait une application de forceps Tarnier sur sommet en G. T., le peu de liquide qui s'écoule est purée de pois. Circulaire lâche autour du cou.

A 16 h. 10, extraction d'un garçon mort-né pesant 3 kg. 620 et présentant des traces de macération. Injection ovulaire à la solution de Tarnier.

A 17 h. 15, hémorragie. Pouls à 120.

A 18 h. 30, délivrance artificielle. Placenta en partie décollé, l'autre moitié enchatonnée dans la corne utérine droite. Poids du placenta, 450 gr.

OBSERVATION XII

In thèse Scali M. C., 1919-1920

I. RIGIDITÉ CICATRICIELLE DU COL.

Mme Ch..., 25 ans, sans profession, V^e pare, entrée à l'hôpital le 1^{er} octobre 1915 à 12 h. Dernières règles fin décembre 1914.

Premières douleurs le 1^{er} octobre 1915, à 10 h., col dilatable comme 2 frangs à 12 h. Rupture prématurée des membranes. Présentation O. I. G. A. Tête mobile. Bruits du cœur fœtal bons.

Le col est rigide et présente *deux cicatrices* ; la dilatation n'avance pas, M. Lasjine fait 4 incisions du col, *deux latérales et deux antéro-postérieures*. Application de forceps en oblique, extraction d'un enfant pesant 3 kg. 620 qu'on ranime aussitôt. Délivrance artificielle. Placenta pesant 500 gr. Hémorragie due aux incisions, on procède à la suture du col au catgut, l'hémorragie s'arrête, suites de couches fébriles. Curettage le 5 octobre. Sortie guérie le seizième jour.

OBSERVATION XIII

II. LENTEUR DU TRAVAIL. BASSIN RÉTRÉCI.

Mme Ch..., 26 ans, ménagère, 1^{re} pare, dernières règles le 23 avril 1917.

Premières douleurs le 20 février, à 6 h. A l'entrée, à la salle de travail, le col est dilaté comme 5 francs. Tête élevée en O. I. G. T. Bruits du cœur fœtal bons. *Promontoire accessible au loin, bassin rétréci*, urines normales. Rupture prématurée des membranes, liquide amniotique, purée de méconium. Les bruits du cœur fœtal se modifient brusquement après la rupture de la poche des eaux. Accouchement artificiel à 22 h., par M. Schwaat. *Deux incisions* latérales profondes du col, application de forceps en T, extraction d'un enfant qu'on ranime facilement, pesant 3 kg. 500. Délivrance artificielle pesant 670 gr. Suture du col au catgut. Périnéorrhaphie. Hémorragie par inertie utérine, ergotine, huile camphrée, sérum physiologique.

Le 24 février, température 39°2, on fait un curettage qui ramène quelques caillots, badigeonnage de l'utérus à la glycérine créosotée, la température reste élevée pendant 15 jours. Sérum antistreptococcique, collargol intraveineux.

Le 11 mars, la température est normale, et la malade quitte le service 5 jours après.

OBSERVATION XIV

III. MODIFICATIONS DES BRUITS DU CŒUR.

Mme Al..., 36 ans, couturière, 1^{re} pare, entrée dans le service le 1^{er} mars 1918.

Dernières règles le 1^{er} mai 1919. Apparition des premières douleurs le 1^{er} mars, à 20 h. Rupture prématurée des membranes. O. I. G. A., tête engagée, col en voie d'effacement, douleurs faibles, le travail progresse lentement.

Le 4 mars, issu de méconium, modification des bruits du cœur, dilatation 5 francs. M. Schwaat décide de faire deux incisions latérales du col, forceps en oblique, extraction d'un garçon en état de mort apparente pesant 3 kg. 650, l'enfant est ranimé facilement. Deux circulaires autour du cou. Délivrance artificielle. Membranes déchirées. Poids du placenta 650 gr. Suture du col au catgut. Perméorrhaphie. Hémorragie consécutive aux incisions du col, tamponnement du vagin. Ergotine, sérum artificiel.

Le 5 mars l'enfant prit de convulsions meurt.

Le 20 mars, la femme quitte l'hôpital en bonne santé, col cicatrisé.

OBSERVATION XV

IV. LENTEUR DU TRAVAIL. MODIFICATION DES BRUITS DU CŒUR FOÉTAL.

Mme Fl..., 28 ans, sans profession, 1^{re} pare, entrée dans le service le 3 mars 1918. Dernières règles le 21 mai 1917. Rupture prématurée de la poche des eaux. Le 28 février, à 20 h., liquide amniotique teinté de méconium. Apparition des premières douleurs le 1^{er} mars, à 20 h.

M. I. D. P. bruits du cœur bons, bassin normal, urines normales.

Le 3 mars, modifications des bruits du cœur, à 16 h. 30. la dilatation atteint 5 francs. M. Schwaat fait deux incisions latérales du col, application de forceps, enfant pesant 3 kg. 600, en état de mort apparente, facilement ranimé. Délivrance artificielle pesant 530 gr., membranes déchirées, suture du col au catgut. Pernéorrhaphie. Suites de couches normales.

La malade quitte le service 20 jours après, en bonne santé.

OBSERVATION XVI

V. COMA ÉCLAMPTIQUE. ENFANT MORT.

Mme K..., 29 ans, couturière, 1^{re} pare, entrée dans le service le 7 mai 1919, à 3 h. du matin en état de coma éclamptique, d'après la famille, la malade se serait plainte le 6 mars de violents maux de tête. Dans la nuit du 6 au 7 mai, elle aurait eu 3 ou 4 accès caractérisés par l'agitation, des mouvements saccadés des membres supérieurs, contracture des maxillaires, roulement en tous sens des globes oculaires, aux accès a succédé le coma.

Le 7 mai, coma, respiration stertoreuse, les pupilles ne réagissent pas à la lumière, réflexes tendineux conservés, réflexe cutané plantaire aboli, léger mouvement convulsif localisé au bras droit, anurie ; on ramène par sondage quelques centimètres cubes d'urine, saignée. Examen d'urée du sang donne 39 cent. par litre.

Grossesse de 7 mois environ. Apparition des premières douleurs le 6 mai à 14 h. Col effacé, dilatation ponctiforme. Bruits du cœur fœtal négatifs. Saignée de 500 grammes, chloral à haute dose. M. Schwaab fait à 8 h. du matin deux incisions latérales, puis une application de forceps, extraction d'un enfant mort pesant 1 kg. 550. Délivrance artificielle pesant 210 gr. Suture du col au catgut. La malade ne sort pas du coma et meurt à 14 h.

OBSERVATION XVII

VI. HÉMORRAGIE PAR DÉCOLLEMENT DU PLACENTA NORMALEMENT INSÉRÉ.

Mme D..., 37 ans, plumassière, III^e pare, a eu un enfant qui est mort 25 jours après la naissance, un autre à 6 jours, des suites d'une malformation cardiaque. W : + + +. 12 injections de néosalvarsan pendant sa grossesse. Entrée dans le service le 18 mai 1917, à 11 h. 46. Apparition des premières douleurs le 18 mai à 9 h. Dernières règles le 15 août 1916. Col effacé. Dilatation 2 francs. Membranes intactes. O. I. G. A. Engagement.

A 12 h., hémorragie brusque, abondante, utérus dur, contracté, ligneux.

Lypothimie, signes d'hémorragie interne, tachycardie, bruits du cœur foetal irréguliers et sourds.

A 14 h., M. Laskine essaie de faire la dilatation artificielle bi-manuelle, le col est très résistant et on obtient aucun résultat appréciable à 14 h. 30, rupture artificielle de la poche des eaux, *incision profonde du col*, application du forceps en oblique, extraction d'un enfant pesant 4 kg. 210, en état de mort apparente, examiné au bout de 15 minutes de soins. Immédiatement après la sortie de l'enfant, la parturiente expulse un énorme caillot.

Délivrance artificielle pesant 680 gr. Autour du col au catgut, suites de couches légèrement fébriles pendant 3 jours. Le dix-neuvième jour la femme quitte le service en bonne santé.

OBSERVATION XVIII

VII. GRIPPE GRAVE. FEMME AGONISANTE.

7 octobre 1918, Mme X..., II^e pare, grossesse de 7 mois et demi environ. Atteinte de grippe depuis 3 jours. Congestion pulmonaire suraiguë double, cyanose, tendance à l'algidité, sub-délire. Enfant mort, pas de travail. Traitement médical, saignée, toni-cardiaque. Le médecin traitant, d'accord avec M. Schwaab, pense que le traitement obstétrical n'est pas indiqué.

Le 8 octobre, la malade est agonisante, algidité, délire bruyant, début de travail, dilatation 1 franc, col bien effacé, douleurs violentes qui arrachent des cris à la femme. Tableau très impressionnant et pénible pour la famille. M. Schwaab décide de procéder à un accouchement brusque. *Incisions latérales du col*. Extraction au forceps d'un fœtus mort. Délivrance artificielle, pas d'hémorragie appréciable, venant des incisions, pas de suture, étant donné l'état de la malade qui meurt 3 heures après.

OBSERVATION XIX

VIII. GRIPPE GRAVE. FOETUS MORT.

M Schwaab est appelé auprès d'une femme, 1^{re} pare, atteinte depuis quelques jours de grippe compliquée de broncho-pneumonie double. Température élevée avec délire bruyant, dyspnée intense sans cyanose. Le traitement médical ne donne pas de résultats, un des médecins traitant avait donné le conseil de faire appel à un accoucheur.

Grossesse de 8 mois et demi environ. Enfant mort, femme en travail, col bien effacé, dilatation 2 francs. M. Schwaab se décide à faire l'accouchement brusque ; comme la tête est bien engagée et le col et le segment aminci, il pratique des *incisions* de chaque côté du col, incision allant jusqu'à l'insertion vaginale. Extraction facile à l'aide d'un forceps, sans perte notable de sang, d'un enfant mort. Délivrance artificielle, pas de suture du col, étant donné l'état grave de la malade et les difficultés créées par le milieu. Le soir, amélioration, diminution de la dyspnée, agitation et délire atténués, du côté de l'utérus rien de spécial, écoulement sanguin insignifiant. La malade succombe deux jours après l'accouchement.

OBSERVATION XX

IX. HYPOCYSTOLIE. MALADIE MITRALE.

Mme R., 1^e pare, hypocystolie légère depuis plusieurs mois, maladie mitrale ancienne avec insuffisance du myocarde, œdème des membres inférieurs. Foie gros et douloureux, orthopnée, râles sous-crépitaux, aux bases, surtout à droite. Grossesse de 7 mois. M. Schwaab voit la malade pour la première fois le 31 janvier 1918. Appelé par un confrère, on décide d'attendre pour augmenter la viabilité du fœtus, on institue pendant ce temps un traitement toni-cardiaque.

Le 8 février, la dyspnée augmente, signes de bronchite surajoutés, température 38°, début du travail, col effacé.

Le 9 février, les contractions augmentent, dilatation entre 1 franc et 2 franc ; on décide de brusquer l'accou-

chement. On pratique deux incisions latérales du col. Application de forceps. Extractions d'un fœtus pesant 1.800 grammes, vivant, un peu cyanosé. Délivrance naturelle et complète ; pas d'hémorragie, étant donné le milieu, on ne refait pas le col.

En somme petite opération qui n'a duré que quelques minutes. Le cœur s'est très bien comporté. Aucun incident, suite de couches normales du côté génital.

Du côté du cœur et des poumons, la respiration est devenue plus facile et les signes d'asystolie ont diminué. Un peu d'agitation et d'insomnie les jours suivants. L'enfant mis en couveuse s'est développé parfaitement bien.

OBSERVATION XXI

Favreau

Société d'Obstétrique et Gynécologie, séance du 2 décembre 1924.

1^{re} pare de 26 ans, au dortoir des femmes enceintes, 15 jours avant l'accouchement.

Promontoire accessible à 10,5.

Entrée à la salle de travail le 3 octobre à 22 h. Le col est en voie d'effacement, la tête à tendance à s'engager.

Le 4 octobre à 5 heures, 7 heures après, le col est complètement effacé, à 16 h. 30, la dilatation est comme 5 francs. Le 5 octobre à 7 h. dilatation stationnaire, 5 francs, le col est infiltré, la tête s'engage de plus en plus, mais mal fléchi. On rompt artificiellement les membranes, le liquide est normal. Contractions utérines régulières.

À 16 h. le col est très épais, la dilatation ne progresse

plus. Les B. d. c. étant bons on décide d'attendre que l'engagement soit complet pour intervenir.

Ces conditions sont réalisées à 20 h. 30. Sous chloroforme on essaye d'abord prudemment une dilatation bimanuelle de Bonnaire. On arrive à la dilatation palmaire, mais on s'aperçoit que c'est grâce à de petites solutions de continuités au niveau du col, en arrière.

On place alors le forceps en gauche antérieure, *puis on fait une grande incision* sur la partie antérieure de la portion intra-vaginale du col.

On ne peut arriver à inciser le col en arrière. Extraction d'un enfant vivant pesant 3 kg. 600. L'examen au spéculum révèle trois solutions de continuité, l'incision en avant et deux déchirures latérales moins profondes à droite et à gauche.

La délivrance naturelle se fait 30 minutes après suture au catgut. Dans les suites de couches on remarque que la déchirure gauche est cicatrisée. La déchirure droite et l'incision n'ont pas pris.

Le 17^e jour, suture immédiate secondaire.

7 jours après on constate que l'opération a réussi.

OBSERVATION XXII

Favreau

Il s'agit d'une 1^{re} pare qui entre dans le service le 15 octobre ; le début du travail remonte à la veille. Dilatation à l'entrée 5 francs, avec des membranes rompues. Le col est oedématié. Engagement de la tête complet. T. 37°8. La dilatation étant nettement stationnaire et les contractions utérines n'étant pas viciées dans leur rythme, on décide d'intervenir.

Anesthésie au chloroforme, *deux incisions du col sont pratiquées à droite et à gauche*. Une application de forceps en gauche antérieure permet d'extraire facilement un enfant petit, 2 kg. 890, qui crie aussitôt.

Les incisions n'ont pas progressé ; elles sont suturées par catgut séparé, ainsi qu'une déchirure incomplète du périnée très œdématié.

T. oscille entre 37° et 38°, et cède le 13^e jour à 2 injections de sulfarsenol.

OBSERVATION XXIII

VIGNES ET CORNIL

Mme B..., 1^{re} pare, 27 ans. D. R. 11 novembre 1920. Gestation normale. Entrée à Lariboisière, le 30 août 1921, à 7 h., parce qu'elle ressent de petites douleurs. Col en voie d'effacement, enfant vivant.

Du 30 août au 3 septembre la femme reste au dortoir avec des douleurs, mais sans signes physiques de travail. Le 3 septembre, à 21 h., on l'envoie chez une sage-femme agréée avec une dilatation de 1 fr. Le 4 septembre, à 10 h. 30, la sage-femme la ramène, car malgré des bonnes douleurs, le travail n'a pas progressé. La dilatation est toujours de 1 fr. Mais la sage-femme a cru bon de rompre la poche des eaux. Travail stationnaire le 5 septembre.

Le 6 septembre : tête qui plonge, la dilatation atteint près de 2 francs, température 38°3. On constate un bourrelet d'œdème dur sur tout le pourtour du col.

A 11 h. 30, la femme est examinée par M. Vignes qui conseille les incisions du col. A midi, sous anesthésie au chloroforme, un interne de service *fait quatre incisions dans les diamètres obliques du col* et une biopsie.

Après les incisions, la dilatation est presque complète. A 14 h., la femme est examinée : dilatation complète, tête très engagée, ralentissement et assourdissement des B. d. c. foetal. Forceps sur une tête en O. I. D. P., mal fléchie. Extraction d'une fille vivante pesant 3 kg. 320. Délivrance artificielle consécutive. Membranes déchirées incomplètes, placenta complet, pesant 500 grammes. Curage digital. Ecouvillonnage. Injection intra-utérine iodée.

Le 7, au matin, on passe la femme à l'isolement ; sa température étant de 39°. Douleur vive occupant la fosse iliaque droite et la fosse lombaire droite. Ballonnement du ventre très marqué, poulx petit, et rapide, facies mauvais. Elle meurt brusquement à 18 h. A l'autopsie, pas de rupture utérine, les incisions du col ont leur étendue primitive. Pas de péritonite. Tous les organes abdominaux semblent normaux.

OBSERVATION XXIV

M. RIVIÈRE. *Société d'Obstétrique et Gynécologie*

Mme X..., 25 ans, 1^{re} pare.

Rien à signaler dans ses antécédents.

D. R. du 10 au 14 janvier 1921. Gestation sans incidents.

A l'entrée dans le service : tête amorcée au D. S., dos à droite. Col fermé, segment inf. épais.

La malade entre à la salle de travail le 1^{er} novembre, à 10 h. Tête amorcée, dilatation 1 fr. B. d. c. bons.

A 11 h., dilatation 5 francs. La malade perd du sang liquide et en caillots. B. d. c. ralentis et sourds.

Introduction d'un ballon grand modèle, dans le vagin, ballon qui est expulsé vers midi. Tête engagée, dilatation : petite paume. Les bords de l'orifice cervical sont irréguliers et s'infiltrent.

Les b. d. c. fœtaux devenant de plus en plus sourds et irréguliers on décide d'intervenir aussitôt. Tentative de dilatation manuelle qui ne donne pas de résultats. Les culs-de-sac étant profonds, la plus grande circonférence de la tête fœtale paraissant avoir franchi l'insertion vaginale du col on décide de recourir aux incisions du col, selon la technique de Cathala.

Le forceps est d'abord appliqué en D. T., puis la rotation est effectuée sans traction. On incise ensuite avec des ciseaux droits sur les doigts comme guides, la lèvre postérieure du col sur la ligne médiane jusqu'au fond du cul-de-sac, l'incision de la lèvre antérieure est beaucoup plus difficile, la main gauche éprouvant une grande difficulté pour servir de guide aux ciseaux, donc incision moins profonde que la postérieure. Large épisiotomie latérale. Enfant vivant, poids 3 kg. 400.

Délivrance artificielle, périnéorraphie immédiate, suites apyrétiques.

A l'examen avec des valves il semble qu'il n'y ait pas eu coaptation des lambeaux, mais simple juxtaposition.

OBSERVATION XXV

SUR UN CAS DE DYSTOCIE DU COL TRAITÉ PAR L'INCISION.

R. BOURSIER. SERVICE DE M. LE P^r RIVIÈRE

1^{re} père, âgée de 23 ans, qui entre dans le service dans la matinée du 6-2-21, à terme et en travail. Le travail a débuté la veille vers 18 h., mais jusqu'ici, douleurs peu énergiques et espacées.

Examen à l'entrée : femme de petite taille, bien conformée.

Abdomen légèrement antéversé, cicatrice de laparotomie médiane sous-ombilicale. O. I. G. T. gros fœtus, tête non engagée, excavation vive, col en voie d'effacement. *Promontoire à 10 cm.* ou un peu plus, promontoire peu élevé. Le bassin paraît réduit dans toutes ses dimensions.

Marche du travail. Dans la soirée du 6-2, les douleurs se rapprochent, deviennent plus violentes, mais la dilatation ne débute que dans la matinée du 7-2. A midi, elle est de 2 francs ; à 16 h., rupture de la poche des eaux. Liquide amniotique normal.

19 h., malgré les bonnes contractions la dilatation est toujours de 2 francs. Bords du col légèrement infiltrés. T. axillaire 37°3.

22 h. 30., contractions énergiques et très douloureuses.

Dilatation 5 francs à peine. Bords du col épais, mais non rigides. La tête tend à s'engager, mais reste élevée et n'appuie pas sur le col, malade agitée. A 23 h., pose d'un ballon de Champetier de Ribes de dimensions moyennes. Le ballon est expulsé quelques instants après par la malade. Après son expulsion, on constate une déchirure de la partie antéro-latérale gauche du col, allant jusqu'au voisinage du cul-de-sac vaginal. Les contractions deviennent subintrantes. Il se forme un anneau de contraction de doigts de loge juste au-dessous de l'ombilic. Le ligament rond est tendu. Les bruits du cœur fœtal se modifient.

Anesthésie au chloro. Diminution de la contraction utérine, la tête semble s'engager. Par suite de la déchirure du col, la dilatation est entre petite et grande paille, très suffisante pour laisser passer la tête et le for-

ceps. Pas de dilatation bi-manuelle par peur d'agrandir la déchirure. On pratique alors une incision du col franchement en arrière, sur la ligne médiane, allant jusqu'à 2 ou 3 mm. au fond du cul-de-sac. Application du forceps au détroit supérieur en O. I. G. T. prise oblique. L'enfant crie très rapidement. Délivrance artificielle. *Pas d'extension de l'incision postérieure du col, pas plus que la déchirure antérieurs.* Suites de couches normales.

Au 20^e jour, l'examen du col montre que celui-ci s'est refermé, mais l'incision pratiquée ne s'est pas cicatrisée, mais les deux lèvres de la plaie sont demeurées en contact l'une de l'autre ; au niveau de la déchirure, les lèvres sont séparées l'une de l'autre.

Avivement, suture au catgut.

Poids de l'enfant : 3 kg. 600.

OBSERVATION XXVI

LÉVY-SOLAL et CLEISZ. *Séance 10 janvier 1921*

INCISION DU COL AU COURS DU TRAVAIL. RÉTRÉCISSEMENT MITRAL D'ORIGINE RHUMATISMALE

Mme J..., 1^{re} pare, âgée de 33 ans. Rhumatisme articulaire aigu grave à l'âge de 22 ans, plusieurs mois après une lésion cardiaque fut constatée. Dans les années qui suivirent bronchites à répétition, surtout l'hiver, accidents d'hyposystolie, crachats hémoptoïques, œdèmes des membres inférieurs.

D. R. 22-23 octobre 1919. Pendant les deux premiers mois de la gestation, rien d'anormal. En janvier 1920 : suites d'un refroidissement, dit la malade, fut prise de toux avec fièvre, crachats hémoptoïques, dyspnée in-

tense, œdèmes des membres inférieurs, 15 jours de lit, depuis pas d'accidents de ce genre.

Non suivie à Baudelocque, où elle fut admise le 22 juillet.

A son entrée, la femme paraît être dans un état satisfaisant. Pas de cyanose, pas d'œdème, pouls régulier à 80. Un peu dyspnéique, 32 respirations à la minute.

Cœur : rétrécissement mitral.

T. A. 15-9 au Pachon.

Rien au poumon.

Rein déficient, pas d'albumine, oligurie.

Foie.

Obstétricale. Présentation céphalique. Dos à gauche. Tête d'aplomb au-dessus de l'aire du détroit antérieur. 30 juillet, à 1 heure du matin, début du travail.

Contractions faibles et très espacées et le lendemain matin 31 juillet, 31 heures après le début du travail, la dilatation n'est que de 50 centimes. Tête toujours au-dessus du détroit supérieur. B. d. c. normaux. Pouls 96, régulier, bien frappé. Respiration 52. XV gouttes de digitaline.

A la 39^e heure la dilatation est à 1 franc. Poche des eaux bombe.

Le 1^{er} août au matin, 55^e heure, dilatation comme 2 francs, douleurs très fréquentes, peu intenses. Injections chaudes toutes les heures. Pas de signes de défaillance cardiaque.

A la 61^e heure, rupture artificielle de la poche des eaux, liquide amniotique teinté de vert. La tête appuie bien sur l'aire du détroit supérieur, à chaque contraction. 3 m. après la tête est fixée. Dilatation entre 2 fr. et 5 fr. Col œdématié un peu à droite. B. d. c. bons. Quinine. Injection vaginale chaude, toutes les heures et demie.

Dans la soirée du 3^e jour, la tête est en voie d'engagement. Dilatation 5 francs. Léger œdème de la lèvre antérieure s'étendant vers la droite.

Dans la matinée du 4^e jour, la tête est trouvée engagée, mais l'œdème de l'orifice cervical, d'abord localisé à la lèvre antérieure, s'est étendu à presque tout son pourtour. B. d. c. foetal accélérés : 164. A ce moment, le cœur maternel manifeste sa fatigue et pendant une heure et demie la femme est prise d'une crise d'angoisse et de dyspnée, mais sans cyanose. Pouls accéléré ; 120, mais régulier et bien frappé. On administre X gouttes de digitaline et on applique trois ventouses scarifiées sur la région, précordiale.

En présence de cette double souffrance, foetale et maternelle, M. Lévy-Solal, décide de terminer l'accouchement par des incisions du col.

Anesthésie au chloroforme, le col est amené à la vulve à l'aide de pinces de Museux et incisé bilatéralement jusqu'au demi-centimètre au fond des culs-de-sac vaginaux latéraux. La tête étant engagée, mais non descendue sur le plancher périnéal, les culs-de-sac vaginaux profonds, l'orifice interne dilaté comme 5 francs, ses bords légèrement œdématiés.

Application du forceps en G. T. à la partie haute de l'excavation, enfant vivant pesant 2.700 gr. Délivrance artificielle immédiate. Pas d'extension des incisions. Suture par deux points au catgut pour laisser un drainage suffisant, puisque col œdématié.

Suites de couches normales au point de vue génital. La femme quitte le service le 15^e jour avec sa légère polypnée habituelle.

17 jours après sa sortie, le col est vérifié au toucher et au spéculum ; consistance et aspect normal d'un col qui aurait eu au cours d'un accouchement spontanément une déchirure bilatérale.

OBERVATION XXVII

II^e OBSERVATION DE M. LÉVY-SOLAL et M. CLEISZ

1^{re} pare de 29 ans, gestation sans incidents, suivie par un médecin de ville, ancien moniteur de la clinique, pas d'albumine.

Rupture prématurée des membranes 26 heures avant le début du travail.

37 heures après l'apparition des premières douleurs, la dilatation a à peine progressé. Pas de rythme physiologique.

Envoyée à la clinique Baudelocque dans la nuit du 3 au 4 janvier.

Tête engagée. B. d. c. bons, dilatation 2 francs. OEdème de la lèvre antérieure du col.

Pendant toute la nuit, contractions irrégulières, toujours mal soutenues.

A la fin du 4^e jour (50^e heure), M. Couvelaire examine la femme. Pouls et température normaux. Tête engagée en O. T. G. T. Liquide non teinté. Col effacé. Dilatation 5 francs, pas tout à fait aussi souple et mince qu'il devrait l'être, léger degré d'œdème. M. Couvelaire conseille d'attendre.

Dans l'après-midi du 5 (54^e heure), M. Couvelaire constate : dilatation à peu près stationnaire. Tête profondément engagée, mais le col a perdu toute sa souplesse, sur toute sa circonférence ; il est rigide. M. Couvelaire conseille de pratiquer des incisions du col.

Anesthésie générale. Culs-de-sac profonds, à peu près de 4 cm. à partir des bords de l'orifice dont le diamètre est de 5 à 6 cm. On pratique des incisions bilatérales du col jusqu'au fond des culs-de-sac latéraux. Prise de forceps en G. T. Extraction d'un enfant de 3.300 gr., qui crie aussitôt.

Délivrance artificielle immédiate. Injection intra-utérine chaude. 3 catguts de chaque côté sur les incisions. La femme a perdu pas mal de sang avant et pendant la délivrance. Hémorragie nullement due aux incisions. Suites simples.

OBSERVATION XXVIII

PRÉSENTATION DE LA FACE. OEDÈME DU COL. DILATATION
STATIONNAIRE. FORCEPS. D. R.

MATERNITÉ DE PORT-ROYAL

Mme D... Marthe, 1^{re} pare, 24 ans.

29 avril, D. R. 12 au 15 août. Tête mobile élevée, droit, vivant, hydramnios. Dilatation 50 c. Membranes intaces, nn.

2 mai, examen de la sage-femme en chef. Parties molles, très résistantes, parties latérales du bassin facilement accessibles. Col déhiscent. Tête mobile. B. d. c. bons.

9 mai, à 20 h., examen de la sage-femme en chef. Pertes verdâtres. Tête ayant tendance à fuir vers la fosse iliaque droite. La tension ne permet pas de déterminer le volume de la tête. Dilatation 2 francs. Poche des eaux qui bombe. On a l'impression d'un bassin rétréci, transversalement.

10 mai, à 11 h. 10, examen de M. Potocki. Dilatation comme petite paume de main. M. I. G. T. gros œdème de la lèvre antérieure du col.

21 h. 15, M. Levant trouve que la présentation est assez engagée pour pratiquer des incisions du col.

A 1 h. 15, pose de deux valves, col rouge, œdématié, culs-de-sac profonds. Incision profonde de la lèvre antérieure et une autre sur partie latérale droite.

Application de forceps en M. I. G. T. Extraction d'un enfant né en état de mort apparente, réanimé après 20 minutes de soins. Délivrance artificielle.

Anesthésie au chloroforme. Suites de couches fébriles. La mère et l'enfant quittent le service le 26 mai en bon état.

OBSERVATION XXIX

II. TRAVAIL LONG. MODIFICATION B. D. C.

Mme Tr... Jeanne, 1^{re} pare, 30 ans. D. R. du 20 au 25 septembre 22. Grossesse non suivie médicalement.

1-7-22, 19 h., apparition des premières douleurs.

1-7-22, 21 h. 30 : La parturiente vient consulter à la Maternité.

1^{re} pare. Sommet amorcé en O. I. G. A. Membranes rompues depuis le 1^{er} juillet, à 8 h. 30. Col incomplètement effacé, dilatable comme 2 francs. B. d. c. bons. T. 37°2.

2-7-22, à 16 h., dilatation petite paume de main. Membranes rompues. Sommet engagé en O. I. G. A. B. d. c. bons. T. 38°8. On passe la parturiente à l'isolement.

A 21 h., b. d. c. arythmiques à 140. Liquide teinté de méconium.

A 21 h. 30, tête à la partie haute de l'excavation. OEdème sur tout le pourtour de l'orifice utérin, plus marqué sur la lèvre antérieure. Dilatation entre petite et grande paume de main.

A 23 h. 30, sous anesthésie au chloroforme. On fait incisions antéro-postérieures et bilatérales. Application de forceps dans la partie haute de l'excavation sur sommet en O. I. G. A. Extraction de la tête en O. P. Diffi-

culté au dégagement des épaules. Enfant mort-né. Poids de l'enfant 4.100 gr., bi-acromial 14,5. Délivrance artificielle immédiate.

Suites de couches fébriles. La femme quitte le service le 13 août en bon état de santé.

OEdème du col. Travail prolongé.

OBSERVATION XXX

E... Marie, 1^{re} pare, âgée de 30 ans dont les D. R. sont du 2 octobre.

Le 13 juillet 1922 à 20 h., premières douleurs. Rupture de la poche des eaux, entourée de soins par une garde depuis le 10 juillet.

Le 17 juillet, la parturiente est admise à la Maternité avec le diagnostic suivant : Douleurs très espacées. B. d. c. bons. Dilatation comme une petite paume de main. OEdème considérable du col qui donne l'impression de cuir bouilli. Cul-de-sac antérieur profond de 5 à 6 cm. environ. Les culs-de-sac latéraux sont profonds de 3 à 4 cm. environ.

M. Polocki, prévenu par téléphone recommande de faire des incisions du col.

À 22 h. 30, la femme est endormie à l'éther. M. Grenier fait une incision antérieure, une latérale droite, une postérieure, à gauche, le col ne peut pas être incisé, car il est presque complètement dilaté.

Application de forceps en O. S. Rotation facile, extraction d'un enfant cholycocéphale en état de mort apparente, ranimé après 20 minutes de soins.

Injectons ovulaires à la liqueur de Labarraque à 2/4 heures. Délivrance artificielle, révision utérine. Les déchirures du col saignent. Tamponnement.

Suites de couches fébriles, la malade quitte le service le 26 août en bon état de santé.

OBSERVATION XXXI

Mme P... Mélanie, 1^{re} pare, âgée de 27 ans, dont les D. R. sont du 7 au 10 février 1922.

15 novembre, la parturiente vient consulter à la Maternité, où on l'hospitalise au dortoir, avec le diagnostic suivant : tête mobile, élevée, gauche, vivant. *Parties latérales du bassin accessibles. Promontoire accessible au loin, bassin à type masculin.*

20 novembre, à 19 h., rupture spontanée des membranes.

21 novembre, tête bien fléchie, fixée en D. P. col presque effacé. Dilatation comme 50 centimes. B. d. c. bons.

22 novembre, à 7 h. 30, sommet engagé en O. I. D. P., vivant. Dilatation entre 2 et 5 fr. Bords de l'orifice utérin œdématiés. T. 37°1.

A 30 h., examen de la sage-femme en chef. *Tête engagée en droite, transverse.* Dilatation entre 5 francs et petite paume de main. Col œdématié. Culs-de-sacs vaginaux profonds.

A 20 h. 30, incision du col dans le diamètre antéro-postérieur. Application de forceps en D. T., très difficile, rotation en pubienne impossible, on fait un usage pour tourner en sacrée. La tête tourne facilement, mais le dégagement reste impossible. L'enfant ayant succombé pendant ces manœuvres, on décide de finir l'accouchement par une basiotripsie.

D. artificielle immédiate.

Suites de couches normales, la femme quitte le service le 6 décembre.

Lenteur de la période de dilatation.

• OEdème du col.

OBSERVATION XXXII

Mme P..., 1^{re} pare, âgée de 36 ans, dont les D. R. sont du 28 février au 1^{er} mars.

Le 18 novembre, la femme ayant ressenti quelques douleurs vient consulter à la Maternité, elle est admise au dortoir avec le diagnostic suivant :

Tête d'aplomb au D. S. fixée. Dos à gauche. B. d. c. bons. *Promontoire accessible à 10,3*. Col long fermé. Urines normales. T. 37°3.

Le 20 novembre, à 12 heures, rupture spontanée de la poche des eaux. Liquide teinté de méconium. B. d. c. bons.

Le 21 novembre, à 18 h. 35, examen de la sage-femme en chef. Dilatation entre 5 francs et petite paume. Bords de l'orifice utérin oedématiés. Tête amorcée en gauche antérieure et mal fléchie. Liquide légèrement fétide.

Le 22 novembre, à 10 heures, sommet profondément engagé, culs-de-sacs vaginaux profonds, dilatation qui a très peu progressé, oedème du pourtour de l'orifice surtout à droite, liquide louche.

Le 22 novembre, à 11 heures, examen de M. Potocki indique de faire des incisions du col suivies d'une application de forceps.

12 h. 45, incision antérieure du col. Application de forceps en O. I. G. A., dégagement en O. P. : extraction d'un enfant né étonné, facilement ranimé. Poids : 3 kgs 520. Délivrance artificielle immédiate, suivie d'injection utérine iodée.

Suites de couches fébriles. Bostholinité. La femme quitte le service le 18 décembre.

Lenteur du travail. OEdème du col. Liquide extrêmement fétide.

OBSERVATION XXXIII

Mme G... Gabrielle, 1^{re} pare, âgée de 30 ans. D. R. du 12 juin.

Le 7 mars, à 2 heures, rupture spontanée des membranes, la parturiente se présente à Tarnier.

7 mars, à 15 heures, apparition des premières douleurs.

A 22 heures, faute de place à Tarnier, on envoie la femme à la Maternité. Admission avec le diagnostic suivant : Tête fixée gauche, vivant, membranes rompues, n. n. T. 36°9. Contractions espacées. B. d. c. bons.

Le 9 mars, contractions assez fréquentes toute la nuit. B. d. c. bons.

9 h. 15, examen de Mlle Moné. Tête profondément engagée en G. A. ; au moment où l'on pratique le toucher, un flot de liquide purulent s'écoulé, il est extrêmement fétide. Col oedématié. Dilatation entre 5 francs et petite paume de main. B. d. c. bons, quoique un peu rapides.

11 h. 30 : M. Levant examine la femme et décide de faire des incisions du col. La femme est anesthésiée à l'éther. Iodage des organes génitaux. Col très oedématié. On pratique une incision postérieure assez profonde remontant à 1 cm. environ de l'insertion vaginale. Une autre antérieure pas très étendue. Application de forceps en directe sur sommet en G. A. Dégagement en O. P. Extraction d'un garçon en état de mort apparente pesant 2.600 grammes, ranimé après 20 minutes de soins. Li-

quide très fétide. Délivrance artificielle immédiate. Examen du col. Pas d'extension des incisions. Suites de couches légèrement fébriles. La femme quitte le service le 23 mars en bonne santé.

Incision du col pour souffrance foetale. Lenteur du travail.

OBSERVATION XXXIV

Mme B... M., 1^{re} pare, âgée de 17 ans, dont les D. R. sont du 1^{er} au 5 mai. Le 21 janvier, bartholinite gauche. La femme est envoyée à Broca, où elle est restée jusqu'au 13 février, date d'apparition des premières douleurs. La femme est admise à la Maternité avec le diagnostic suivant : tête fixée, dos à droite, b. d. c. bons, membranes intactes, col dilatable comme 1 franc. Temp. 38°9.

15 h. : Tête fixée, dilatation entre 2 et 5 francs. Poche des eaux plate.

14 février 11 heures : Examen de M. Potocki. Col dilaté comme 5 francs. Lèvres du col souples. Culs-de-sacs profonds.

11 h. 20 : rupture artificielle de la poche des eaux. Liquide teinté de méconium. Hypophyse 1 cm³.

12 h. 15 : les contractions utérines augmentent d'intensité et de fréquence. Souffrance foetale. B. d. c. accélérés, puis irréguliers, puis très sourds, presque imperceptibles.

12 h. 15 : La malade est mise sur la table d'opération en vue de parfaire la dilatation à la main. En présence d'un col dont on ne peut amener la dilatation à compléter, le segment inférieur étant bien constitué, la tête engagée et ces culs-de-sacs profonds, en pratique des incisions latérales du col, aux deux extrémités. Application

de forceps, fille ranimée après 10 minutes de soins. Délivrance artificielle. Injection intra-utérine iodée. Tamponnement.

OBSERVATION XXXV

INCISIONS DU COL POUR RIGIDITÉ PATHOLOGIQUE. BASIOTRIPSIE.

B. C., âgée de 27 ans, III^e pare.

2 acc. antérieurs normaux. Enfants vivants. Pro... bien portant.

Admise à la Maternité avec le diagnostic suivant : tête qui se fixe, dos à gauche, enfant vivant, dilatation 50 cm., membranes intactes, végétations vaginales, *surtout sur la lèvre antérieure du col*. Col induré avec lèvres épaisses.

Dans la nuit du 19 au 20 février, les douleurs sont fréquentes. Dans la matinée du 20 février, la température est de 38°. Pouls 120. On passe la femme à l'isolement.

20 février, à 10 heures, examen de Mlle Moné : Rigidité du col dont les bords sont irréguliers, la tête appuie sur cet orifice. Dans le cul-de-sac latéral gauche, on sent des irrégularités tout autour d'un cratère, si bien qu'on se demande s'il ne s'agit pas de l'accident primaire. Dilatation 5 francs. Plaques muqueuses vulvaires.

22 h., examen de M. Levant. Sommet engagé. B. d. c. lents et sourds. Dilatation 5 fr., dur en avant, un peu plus souple en arrière.

Sous anesthésie, incision bi-latérale droite et gauche jusqu'aux culs-de-sacs du vagin, le col crie sous les ciseaux. Basiotripsine sur enfant mort, délivrance artifi-

cielle. Vérification des incisions qui ne sont pas agrandies. Suites de couches fébriles.

OBSERVATION XXXVI

Mme D..., 30 ans, 1^{re} pare. D. R. 2^e mois. Le 3 janvier, la femme, ayant perdu les eaux, arrive à la Maternité avec le diagnostic suivant : sommet engagé en O.I.G.A., enfant vivant, membranes rompues. B. d. c. bons.

Le 5 janvier 8 h. : écoulement abondant de liquide amniotique, probablement la vraie rupture des membranes. Liquide purée de pois. B. d. c. bons. La femme est transportée à la salle de travail avec le diagnostic suivant : sommet amorcé en grande dilatation 50 cent. Membranes rompues. Liquide teinté. B. d. c. bons.

Le 6 janvier 6 h. 30, sommet engagé en gauche, dilatation entre 5 francs et petite paume, bords de l'orifice utérin épais.

10 h., M. Cleisz examine la femme : col dilaté comme 5 francs, oedématié, sans souplesse, indique de tenter les incisions du col.

11 h., incision du col avec une dilatation de 5 francs. Application de forceps, prise en oblique, extraction d'un garçon ranimé après 10 minutes de soins, pesant 3.360 gr. Délivrance artificielle immédiate. T. prise 3 h. après l'intervention, 39°. Pouls 148. Suites de couches légèrement fébriles.

Conclusions

Les grandes incisions du col, médianes, latérales ou en croix de Saint-André peuvent rendre des services incontestables dans la pratique obstétricale.

Elles permettent l'extraction rapide d'enfants vivants dans des cas où l'indication de cette extraction se pose avant la dilatation complète de l'orifice utérin.

Ces incisions ne doivent être faites que dans des cas très précis, où la tête fœtale peut traverser la zone d'insertion vaginale du col sans risquer de la rompre et où il n'y a aucune disproportion entre la tête fœtale et la filière pelvienne.

Vu, le Doyen,

Vu, le Président,

ROGER.

COUVELAIRE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETY.

Bibliographie

ASCHWELL. — *Guy's Hospital Report*, 1839, IV, p. 126.

BALARD P. — L'avenir obstétrical des femmes ayant subi de grandes incisions du col de l'utérus pendant l'accouchement. *Revue française de Gynécologie et d'Obstétrique*, XVII, 1922, p. 525.

BALARD P. — Des grandes incisions du col utérin pendant le travail et de la conduite à tenir lors des grossesses et des accouchements consécutifs. — *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 1923, XLIV, p. 50.

BAR, BRINDEAU et CHAUBRELENT. — La pratique de l'art des accouchements, Paris, 1907. Tome II, p. 739.

BÉNIT M. — Les grandes incisions du col de l'utérus au cours de l'accouchement. — *Rev. française de Gynécologie et d'Obstétrique*, XVI, 1921, p. 352.

BERMANN (S. E.). — Las incisiones del cuello uterino (de Dührssen) durante el parto. — *Semana medica*, XXX, 1923, p. 809.

BOURSIER (R.). — Sur un cas de dystocie du col traité par l'incision. — *Journal de méd. de Bordeaux*, 1921, p. 327.

BOURSIER (R.). — Sur un cas de dystocie du col traitée par l'incision. — *Bull. Soc. d'Obst. et de Gynécologie de Paris*, X, 1921, p. 339.

- CATHALA (V.): — Les incisions de la portion intra-vaginale du col utérin au cours de l'accouchement à terme. — *Gynécologie et Obstétrique*, I, 1920, p. 113.
- COUVELAIRE. — Introduction à la chirurgie utérine obstétricale, Paris, 1913, p. 171.
- COEN (R.). — Operazioni sul collo uterino (isterotomia cervicale). — *Rassegna d'Obst. e ginec.*
- DEMELIN. — De la dilatation artificielle de l'orifice utérin pendant l'accouchement. — *L'Obstétrique*, 1898, p. 312.
- DEMELIN et DEVRAIGNE. — Manuel de l'accoucheur, Paris, 1924, 8°.
- DEMELIN. — Des moyens d'accélérer la dilatation utérine pendant le travail de l'accouchement. — *Rev. française de clinique et thérapeutique*, 1893.
- DEMELIN. — De la contraction utérine, etc., Paris, 1927.
- DOLÉRIS. — Métrites et fausses métrites, Paris, 1902.
- DUHRSSSEN. — *Berlin Klin Woch*, 1892, page 154.
- DÜHRSSSEN. — Über den werck der tiefen cervix und scheiden Dammeins chnitte. — *Arch. f. Gynäk.*, XXXVII, Häft I.
- ECALLE. — Leçons du jeudi soir à la Clinique Tarnier, 1925.
- ESSEN-MOELLER. — Cas d'accouchement spontané après incisions du col de l'utérus. — *Hygiea*, Stockholm, 1906, VI, p. 1303.
- FABRE. — Précis d'obstétrique, vol. 2. Paris, 1922.
- FAURE et SIREDEY. — Traité de gynécologie médico-chirurgicale. Paris, 1911, 8°.
- FAVREAU. — Incision du col pour menace de propagation d'une déchirure au segment inférieur. — *Journal de méd. de Bordeaux*, LII, 1922, p. 27.

- FAVREAU. — Deux cas d'incision de la portion intra-vaginale du col, au cours de l'accouchement. — *Bull. Soc. d'Obst. et de Gynécologie de Paris*, XIV, 1925, p. 155.
- FRIES M. — Ueber die Cervix. Incisionen bei der Geburt. — Thèse d'Iéna, 1893.
- FARABEUF. — Les vaisseaux sanguins des organes génito-urinaires. *Paris*, 1905, 8°.
- FREDET. — Recherches sur les artères de l'utérus. — Thèse de Paris, 1899 (n° 240).
- GIRARD. — Contribution à l'étude clinique des œdèmes du col utérin pendant la parturition et de leur traitement. — Thèse de Paris, 1922 (n° 10).
- HIRTH. — Ueber zwei Fälle von tiefen Cervixincisionen. — Thèse de Berlin, 1893.
- HAUCH. — L'accouchement méthodiquement rapide par l'orifice utérin non effacé. *Obstétrique*, III, 1910, p. 910.
- JEANNIN (C.) et GARIPUY (R.). — Incision du col de l'utérus pendant l'accouchement. — *Obstétrique*, III, 1910, p. 948.
- KAKUSHKIN. — Section postéro-médiane du col de l'utérus, méthode thérapeutique en gynécologie. — *Russk. Vrach*, X, 1911, p. 753, 790, 827.
- LEVANT (A.). — Les incisions du col en obstétrique. — *Médecine*, II, 1920-21, p. 515.
- LÉVY-SOJAL et CLEISZ. — Incision du col au cours du travail. — *Bull. Soc. d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, X, 1921, p. 11.
- LÉVY (W.-E.). — Prophylactic incisions of the vaginal outlet during labor. — *New Orleans med. d. surg. jour.*, 1919-20, p. 692.
- MAYGRIER. — De la rigidité du col utérin pendant l'accouchement. — *La Semaine médicale*, 1891, p. 421.

- OLOW (J.). — Sur les procédés chirurgicaux de dilatation du col utérin pendant la grossesse et l'accouchement. — *Gynécologie et Obstétrique*, 1920, I, p. 131.
- POIRIER. — Traité d'Anatomie.
- POTOCKI. — Incisions de la portion vaginale du col pendant l'accouchement. — *Bull. Soc. d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, X, 1921, p. 40.
- RIVIÈRE (M.). — Sur un cas d'incision du col au cours du travail. — *Bull. Soc. d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, X, 1921, p. 585.
- SCALI. — De l'accouchement brusqué par les incisions latérales profondes du col. — Thèse de Paris, 1920 (n° 421).
- SCHWAAB (A.). — L'accouchement brusqué au moyen des grandes incisions du col. — *Presse médicale*, 1920, p. 443.
- SKUTSCH et MARTIN. — *Arch. f. Gynäcologie*, XXXI, 1887, p. 460.
- VARNIER. — Discussion sur un rapport de Potocki. — *Soc. d'obstétrique et de gynécologie de Paris*, 1899, p. 791.
- VICCARELLI (G.). — *Terapia ostetrica d'urgenza*. Torino, 1924.
- VIGNES (H.) et CORNIL (L.). — Sur les lésions histologiques de l'œdème du col pendant le travail ; à propos d'un nouveau cas traité par les incisions. — *Bull. Soc. d'obstétrique et de gynécologie de Paris*, X, 1921, p. 485.
- VILLECHAISE (P.). — L'hystérectomie vaginale abdominale par décollation antérieure. — Thèse de Paris, 1913 (n° 245).

